Psicoterapia breve

de orientación psicoanalítica

Eduardo Alberto Braier

Nueva Visión

venido acumulando hasta el momento actual, a lo que se agrega una revisión crítica, que de ningún modo pretende ser completa, de la bibliografía existente sobre el tema.

Como siempre sucede, ciertos puntos han despertado en mí mayor interés que otros y motivado algunos desarrollos. Entre ellos se cuentan: los fundamentos teóricos, la regla de funcionamiento del paciente, los tipos de atención del terapeuta, las dificultades de los terapeutas para la formación, práctica e investigación en psicoterapias breves, la terminación del tratamiento, algunos inconvenientes técnicos y riesgos del mismo y los problemas concernientes a la evaluación de los resultados terapéuticos.

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a todos aquellos que de una u otra manera me han ayudado en esta empresa. Especialmente:

Al doctor Luis Allegro, quien efectuó una lectura crítica de los originales y además me alentó constantemente, así como también al doctor Marcos Guiter, que leyó el capítulo 13.

Al doctor Héctor J. Fiorini, por el generoso estímulo y las sugerencias que personalmente me aportó durante años de fructíferas discusiones acerca de las psicoterapias. Buena parte de mi entusiasmo por el tema se debe a la lectura de sus excelentes trabajos.

Al señor Ifim Kantor, a quien le cupo la enorme tarea, realizada con cariño y esmero, de transcribir mis dificultosamente legibles manuscritos.

A la doctora Blanca R. Montevecchio, quien supervisó los tratamientos breves que efectué durante mi investigación en el servicio de Psicopatología del Hospital Municipal J.M. Ramos Mejía.

Al doctor Moisés Kijak y a Elisabeth G. de Garma, que fueron mis analistas.

A los colegas miembros de los distintos grupos de estudio coordinados por mí, expresamente a los siguientes: doctores Víctor Feder, Alejandro Puente, Alba Brengio, Delia Saffoires, Mónica Noseda, Isaías Finkelstein, Ricardo Frigerio; licenciados Jorge A. Brener, Aída Núñez, Claudia H. de Zanoto, Silvia S. de Finkelstein y Susana Boz.

A mis pacientes.

Buenos Aires, agosto de 1980 — Eduardo A. Braier

1
INTRODUCCION

Las llamadas psicoterapias breves surgieron esencialmente como respuesta al problema asistencial planteado por una masa cada vez mayor de la población consultante. En nuestro medio los incipientes servicios de psicopatología hospitalarios, centros de salud mental e instituciones privadas, junto a los hospitales psiquiátricos, debieron en determinado momento y al igual que en otros países, implementar técnicas breves, así como a su tiempo habían incorporado con idéntica finalidad el uso de los modernos psicofármacos y la psicoterapia grupal, pues los terapeutas, en cantidad insuficiente, no alcanzaban a cubrir la demanda de los pacientes. Las terapias de corto plazo, individuales y grupales, permitirían extender la asistencia psiquiátrica, propósito que por otra parte no era compatible con el empleo de tratamientos de larga duración. Las limitaciones económicas de muchos de los que acuden en busca de ayuda terapéutica fueron y son, sin duda, un factor que ha venido ejerciendo una influencia decisiva en el desarrollo y difusión de las terapias breves, naturalmente más accesibles para las personas de pocos recursos. Los fines terapéuticos debieron entonces centrarse en la superación de síntomas y episodios agudos o situaciones perturbadoras actuales que se presentaban como prioritarias por su urgencia y/o importancia.

Estos procedimientos terapéuticos han ido alcanzando, de un modo gradual, nuevos rasgos distintivos, lo cual nos

conduce inmediatamente al problema de su denominación, pues los diferentes nombres que reciben revelan las tentativas de precisar algunas de las que se consideran sus principales características (aunque en definitiva inducen a aumentar la confusión reinante), que además es conveniente citar para poder, de paso, dejar sentado desde ya a qué situaciones y métodos psicoterapéuticos voy a referirme a lo largo de esta obra.

En primer término cabe examinar la denominación de *psicoterapia breve* que, por ser sin duda la más difundida e impuesta por el uso, emplearé aquí con mucha frecuencia.[1] Sin embargo, hay que admitir que no es la más adecuada: en principio porque estas terapias son breves desde el punto de vista del terapeuta y siempre y cuando se compare su duración con la del tratamiento psicoanalítico, por lo general más prolongado (1), pero pueden no resultar breves para el paciente, por ejemplo. Por encima de todo, tal denominación es discutible, ya que una psicoterapia puede ser de duración ciertamente prolongada —uno o más años—, pero tener metas limitadas y características técnicas propias y esenciales de estos procedimientos (focalización, planificación, etc.), las cuales los distinguen del psicoanálisis corriente y de otras psicoterapias.

Las terapias a que estamos haciendo referencia se conocen también como *psicoterapias de tiempo limitado*, denominación que nuevamente alude a su temporalidad, pero que denota no solo brevedad sino también la fijación de un límite de tiempo para el tratamiento, en virtud de lo cual éste tiene una fecha de finalización establecida, generalmente, de antemano. Pero tampoco se trata aquí de un hecho necesariamente constante en estos tratamientos.

Otra denominación a la que suele recurrirse, la de *psicoterapias de objetivos limitados*, es, a mi modo de ver, muy apropiada, por cuanto se refiere a un elemento que es destacable y que, a diferencia de otros elementos, siempre se halla presente en dichas terapias, las cuales podrán o no ser a la vez de tiempo limitado.

Puede también emplearse la denominación de *psicoterapia breve de orientación psicoanalítica*, que da título a este libro y que escogí porque me interesa explicitar que se trata de una terapia originada en las teorías del psicoanálisis y establecer así una diferencia con respecto a los tratamientos breves fundados en otras orientaciones terapéuticas (terapias conductistas, análisis transaccional, etcétera).

[1] Apelaré entonces a ella y a otras similares (tratamiento o técnica breve, etc.) convencionalmente, para hacer mención de este tipo de tratamientos a lo largo de los sucesivos capítulos. Utilizaré asimismo la abreviatura P.B.

Algunos autores prefieren designarlas con nombres que sirven para destacar algunas de sus peculiaridades técnicas y que sugieren diferencias respecto de las del psicoanálisis clásico: terapias *planificadas* (3) o *focales* (4), por ejemplo. Entre nosotros Szpilka y Knobel han propuesto denominarlas psicoterapias *no regresivas*, para acentuar otro aspecto importante de las mismas (5).

La llamada psicoterapia *de emergencia* concierne a mi entender a una forma de psicoterapia *rápida* o breve que participa solo de algunas de las características de los métodos que nos ocupan. Alude particularmente a una terapia de urgencia en "situaciones especiales de crisis y exigencia" (2), tales como episodios de naturaleza psicótica (intentos de suicidio, delirios agudos, etc.). En dichas situaciones prevalece con frecuencia la necesidad de yugular la crisis logrando un alivio sintomático, de modo que en la mayoría de los casos debe postergarse la búsqueda de *insight* en el paciente hasta un segundo momento terapéutico, ya que de entrada sus condiciones yoicas no suelen permitirlo.

En esta obra me referiré sobre todo a una psicoterapia de objetivos limitados, básicamente *interpretativa* o de *insight*, que debe emplearse en individuos con suficientes capacidades yoicas para ser tratados con ella.

Es necesario desterrar la absurda antinomia que algunos pretenden crear entre psicoanálisis y P.B. Ambos métodos constan de objetivos terapéuticos, indicaciones clínicas y técnicas diferentes. Es peligroso caer en el error de pensar que el psicoanálisis es el único tratamiento valedero realizable, como también en el de sobrevalorar los alcances de la P.B., atribuyéndole resultados espectaculares. (Por mi parte, lejos de querer presentar el tratamiento breve como una panacea, trataré aquí no solo de sus posibilidades, sino también y con cierto detalle, de sus limitaciones y riesgos.) Antes bien, es posible instrumentar una terapéutica breve basada en el esquema conceptual del psicoanálisis, lo que ha de significar una prove-

chosa aplicación de sus teorías en situaciones en las que no es posible utilizar la técnica psicoanalítica corriente, como sucede, por ejemplo, en el nivel hospitalario. Además, considero que no debemos desatender a los numerosos pacientes que, tanto en el medio hospitalario como en el consultorio privado, no pueden, por motivos diversos (económicos, pero también resistenciales, o por su edad avanzada, etc.), ser abordados por medio de un tratamiento psicoanalítico, sino que tenemos que adaptar nuestros recursos técnicos a las posibilidades y necesidades del paciente, sin esperar que sea siempre éste quien deba amoldarse a un único método terapéutico, a riesgo de que tengamos por *intratables* a individuos que simplemente —y a menudo solo con carácter transitorio— no están en condiciones de analizarse. Cabe agregar que en muchas ocasiones una terapia de objetivos y tiempo limitados puede ser el paso inicial hacia un posterior tratamiento analítico y convertirse en un primer momento en el más conveniente o aun en el único abordaje terapéutico viable, el cual podrá traer como resultado un cambio en las condiciones del paciente que lo vuelva apto para efectuar luego una psicoterapia prolongada.

La superación de las diversas dificultades de los profesionales para encarar la formación, práctica e investigación en P.B. surge claramente como una premisa. De un tiempo a esta parte son ya muchos los que hablan de la importancia del empleo de este método terapéutico, pero pocos los que preconizan y aplican procedimientos técnicos apropiados al contexto en que aquél tiene lugar. Llama también la atención la escasa participación de los analistas de larga experiencia en la investigación de estas terapias. Personalmente me ha interesado llegar a una comprensión profunda de algunas motivaciones inconscientes del terapeuta que subyacen a sus dificultades para ajustarse al encuadre requerido por la P.B.

Constituye una apremiante necesidad *contar con una teoría de la técnica de la P.B. estructurada con más solidez*, que posibilite una enseñanza adecuada de sus principios básicos (sin que tal afirmación vaya en desmedro de que se reconozca la existencia de contribuciones de decisiva importancia sobre el tema, que han enriquecido profundamente nuestra visión del mismo). Hacia dicha meta oriento mi labor, intentando la conceptualización de una modalidad terapéutica que reconoce

sus fuentes en el cuerpo teórico del psicoanálisis, pero que, según creo, es netamente diferenciable de su técnica. Por encima de todo, he procurado sistematizar los sucesivos pasos del proceso terapéutico y ensayado un criterio de evaluación de resultados.

Será también bien venida la realización y transmisión de nuevas *experiencias clínicas* organizadas en P.B., desde las que se podrán convalidar o bien cuestionar las concepciones teóricas sustentadas actualmente.

Por último, deseo aclarar que en esta obra voy a ocuparme especialmente de lo que atañe a la psicoterapia *individual* breve en pacientes adultos y adolescentes, aunque muchos de los conceptos vertidos son extensivos al tratamiento de niños y a los procedimientos grupales (psicoterapia breve de la pareja, grupo familiar, etcétera).

Referencias bibliográficas

1. Alexander, F., "Eficacia del contacto breve", en Alexander, F. y French, T., *Terapéutica psicoanalítica*, Paidós, Buenos Aires, 1965, cap. IX.
2. Bellak, L. y Small, L., *Psicoterapia breve y de emergencia*, Pax-México, México, 1969.
3. French, T., "Planificación de la psicoterapia", en Alexander, F. y French, T., *ob. cit.*, en 1, cap. VII.
4. Malan, D. H., *A Study of Brief Psychotherapy*, Tavistock, Londres; Charles Thomas, Springfield, Illinois, 1963. (Vers. cast.: *La psicoterapia breve*, Centro Editor de América Latina, Buenos Aires, 1974.)
5. Szpilka, J. y Knobel, M., "Acerca de la psicoterapia breve", *Coloquio Acta 1967: Psicoterapia Breve, Acta psiq. psicol. Amér. Lat.*, vol. XIV, n° 2, Buenos Aires, junio de 1968.

chosa aplicación de sus teorías en situaciones en las que no es posible utilizar la técnica psicoanalítica corriente, como sucede, por ejemplo, en el nivel hospitalario. Además, considero que no debemos desatender a los numerosos pacientes que, tanto en el medio hospitalario como en el consultorio privado, no pueden, por motivos diversos (económicos, pero también resistenciales, o por su edad avanzada, etc.), ser abordados por medio de un tratamiento psicoanalítico, sino que tenemos que adaptar nuestros recursos técnicos a las posibilidades y necesidades del paciente, sin esperar que sea siempre éste quien deba amoldarse a un único método terapéutico, a riesgo de que tengamos por *intratables* a individuos que simplemente —y a menudo solo con carácter transitorio— no están en condiciones de analizarse. Cabe agregar que en muchas ocasiones una terapia de objetivos y tiempo limitados puede ser el paso inicial hacia un posterior tratamiento analítico y convertirse en un primer momento en el más conveniente o aun en el único abordaje terapéutico viable, el cual podrá traer como resultado un cambio en las condiciones del paciente que lo vuelva apto para efectuar luego una psicoterapia prolongada.

La superación de las diversas dificultades de los profesionales para encarar la formación, práctica e investigación en P.B. surge claramente como una premisa. De un tiempo a esta parte son ya muchos los que hablan de la importancia del empleo de este método terapéutico, pero pocos los que preconizan y aplican procedimientos técnicos apropiados al contexto en que aquél tiene lugar. Llama también la atención la escasa participación de los analistas de larga experiencia en la investigación de estas terapias. Personalmente me ha interesado llegar a una comprensión profunda de algunas motivaciones inconscientes del terapeuta que subyacen a sus dificultades para ajustarse al encuadre requerido por la P.B.

Constituye una apremiante necesidad *contar con una teoría de la técnica de la P.B. estructurada con más solidez*, que posibilite una enseñanza adecuada de sus principios básicos (sin que tal afirmación vaya en desmedro de que se reconozca la existencia de contribuciones de decisiva importancia sobre el tema, que han enriquecido profundamente nuestra visión del mismo). Hacia dicha meta oriento mi labor, intentando la conceptualización de una modalidad terapéutica que reconoce

sus fuentes en el cuerpo teórico del psicoanálisis, pero que, según creo, es netamente diferenciable de su técnica. Por encima de todo, he procurado sistematizar los sucesivos pasos del proceso terapéutico y ensayado un criterio de evaluación de resultados.

Será también bien venida la realización y transmisión de nuevas *experiencias clínicas* organizadas en P.B., desde las que se podrán convalidar o bien cuestionar las concepciones teóricas sustentadas actualmente.

Por último, deseo aclarar que en esta obra voy a ocuparme especialmente de lo que atañe a la psicoterapia *individual* breve en pacientes adultos y adolescentes, aunque muchos de los conceptos vertidos son extensivos al tratamiento de niños y a los procedimientos grupales (psicoterapia breve de la pareja, grupo familiar, etcétera).

Referencias bibliográficas

1. Alexander, F., "Eficacia del contacto breve", en Alexander, F. y French, T., *Terapéutica psicoanalítica*, Paidós, Buenos Aires, 1965, cap. IX.
2. Bellak, L. y Small, L., *Psicoterapia breve y de emergencia*, Pax-México, México, 1969.
3. French, T., "Planificación de la psicoterapia", en Alexander, F. y French, T., *ob. cit.*, en 1, cap. VII.
4. Malan, D. H., *A Study of Brief Psychotherapy*, Tavistock, Londres; Charles Thomas, Springfield, Illinois, 1963. (Vers. cast.: *La psicoterapia breve*, Centro Editor de América Latina, Buenos Aires, 1974.)
5. Szpilka, J. y Knobel, M., "Acerca de la psicoterapia breve", *Coloquio Acta 1967: Psicoterapia Breve, Acta psiq. psicol. Amér. Lat.*, vol. XIV, n° 2, Buenos Aires, junio de 1968.

2
RESEÑA HISTORICO - BIBLIOGRAFICA

Pasaremos revista a los principales sucesos y obras que jalonan la evolución de la terapéutica breve de orientación psicoanalítica.

Debo comenzar tal revisión señalando que los primitivos tratamientos efectuados por el propio Freud en la etapa preanalítica y en los comienzos de la analítica eran, en cierto modo, terapias breves, pues duraban sólo algunos meses. El fundador del psicoanálisis se hallaba empeñado inicialmente en lograr curaciones rápidas, al principio dirigidas hacia la solución de determinados conflictos y síntomas.[1]

Freud asistió a Gustav Mahler, con resultados satisfactorios, durante algo más de... cuatro horas, la mayor parte de las cuales transcurrieron mientras ambos paseaban por Leyden(9). Otro tratamiento célebre, el del Hombre de las ratas, que arrojó buenos resultados y cuyo historial clínico fue publicado en 1909 (5), duró tan solo once meses.

Gradualmente, y con los progresos del psicoanálisis, el tratamiento se va tornando más prolongado. Inciden factores como la resistencia, la sobredeterminación de los síntomas, la necesidad de elaboración, los fenómenos transferenciales, etcétera (13).

1 Cabe asimismo añadir que la focalización de la labor terapéutica hacia un aspecto dado de la problemática o sintomatología del paciente es característica de las actuales técnicas breves.

Los acontecimientos más salientes se suceden luego tal como se reseña a continuación.

1914: En el historial clínico del Hombre de los lobos, redactado en 1914 y editado en 1918 (7), Freud dice que fijó por vez primera una fecha de terminación del análisis, en un intento por acelerar la marcha del tratamiento.[2]

1916: Ferenczi menciona por primera vez la necesidad de una psicoterapia breve, siendo reprendido por Freud (14).[3]

1918: En una conferencia pronunciada en Budapest y editada el año siguiente ("Los caminos de la terapia psicoanalítica" [8], Freud propone una psicoterapia de base psicoanalítica para responder a la necesidad asistencial de la población y sugiere que se combinen los recursos terapéuticos del análisis con otros métodos. Dicha propuesta es de importancia decisiva para fundamentar posteriormente la configuración de una terapia breve psicoanalíticamente orientada.

1920-1925: S. Ferenczi y O. Rank realizan intentos para abreviar la cura psicoanalítica. Escriben conjuntamente un libro en el que abordan el tema (3) y reciben duras críticas de Freud.

Ferenczi propone el llamado "método activo" que luego ha de abandonar. Rank, por su parte, defiende la posibilidad de un tratamiento analítico breve, basado en el intento de superar, en pocos meses de análisis, el trauma del nacimiento, al que considera el nódulo de la neurosis.

1937: En "Análisis terminable e interminable" Freud señala que los intentos de abreviar la duración del análisis, el cual consume mucho tiempo, no requieren justificación "y se basan en imperativas consideraciones de razón y de conveniencia". En varios pasajes de este artículo recalcará que el acortamiento de la duración del análisis es un hecho deseable.

[2] Un agregado de 1923 deja implícito que para Freud tal medida fue, en este caso, equivocada. Allí describe que dio de alta a su paciente creyéndolo completamente curado, pero que después de la guerra éste lo visitó en Viena, ocasión en que Freud pudo comprobar que habían quedado aspectos de la transferencia sin resolver, lo que demandó algunos meses más de tratamiento, tras los cuales el paciente —dice Freud— se "ha sentido normal y se ha conducido irreprochablemente" (7).

[3] No obstante, el creador del psicoanálisis justificará veintiún años después, en "Análisis terminable e interminable", la búsqueda de nuevas técnicas, más breves, de psicoterapia (13).

Pero también aquí fustiga los intentos que desde 1924 efectuara Rank en esta dirección, basados en su concepción del trauma del nacimiento. Lo propio hará en relación con Ferenczi.

En éste, uno de sus últimos trabajos, Freud recuerda que, para acelerar el tratamiento analítico en el caso del Hombre de los lobos, recurrió al expediente de fijarle un límite de tiempo. Agrega que posteriormente tomó también esta medida en otros casos y dice acerca de ella: "[...] es eficaz con tal que se haga en el momento oportuno. Pero no puede garantizar el cumplimiento total de la tarea. Por el contrario, podemos estar seguros de que mientras parte del material se hará accesible bajo la presión de esta amenaza, otra parte quedara guardada y enterrada como antes estaba y perdida para nuestros esfuerzos terapéuticos. Porque una vez que el analista ha fijado el límite de tiempo, no puede prolongarlo; de otro modo, el paciente perdería la fe en él" (6).

1941: El Instituto de Psicoanálisis de Chicago organiza un congreso nacional sobre psicoterapia breve. En los E.U.A. aumenta el interés por el tema.

1946: Aparece *Psychoanalytic Therapy* (Ronald Press, Nueva York), de F. Alexander, T. French y colaboradores del Instituto de Psicoanálisis de Chicago, obra que inicia una nueva y decisiva etapa en el campo de las técnicas breves. Los autores replantean la necesidad de abreviar el tratamiento analítico y de efectuar terapias breves con una comprensión psicoanalítica. Incluyen conceptos sobre planificación de la psicoterapia, flexibilidad del terapeuta, manejo de la relación transferencial y del ambiente, beneficios de destacar la realidad externa y eficacia del contacto breve. Toman como punto de partida una experiencia clínica, en la que interviene un número importante de terapeutas experimentados. El libro describe numerosos historiales clínicos (1).

1963: Se publica *A Study of Brief Psychotherapy* de D. H. Malan (Tavistock Publications Limited, Londres). La obra describe una experiencia clínica de investigación sobre la base de tratamientos de corto plazo, llevada a cabo con terapeutas de la clínica Tavistock, de orientación kleiniana. En ella se detalla la técnica focal. El autor pone el acento en la conveniencia de interpretar la transferencia de manera exhaustiva dentro de la terapia breve (en marcada disidencia con muchos otros), así como en la necesidad de trabajar sobre la separa-

ción de paciente y terapeuta ocasionada por la terminación del tratamiento. Asimismo desarrolla brillantemente un método psicodinámico de evaluación de resultados terapéuticos. El libro brinda una detallada presentación de diecinueve casos tratados en psicoterapia individual breve, que incluye los seguimientos efectuados. La supervisión de los tratamientos estuvo a cargo de M. Balint (13).

1965: Aparece *Short-Term Psychotherapy* obra compilada por L. Wolberg (Grune and Stratton, Inc., Nueva York), que contiene trabajos de Avnet, Masserman, Hoch, Rado, Alexander, L. Wolberg, Kalinowsky, Wolf, Harrower y A. Wolberg. Sobresale el de L. Wolberg acerca de la técnica de la psicoterapia breve (17).

También en ese año L. Bellak y L. Small publican *Emergency Psychotherapy and brief Psychotherapy* (Grune and Stratton, Nueva York). Los autores incluyen diversos temas, entre los que se destacan: el enfoque del tratamiento a la luz de la psicología psicoanalítica del yo, la aplicación de la teoría del aprendizaje, el *insight* y la elaboración (2).

1971: En *The Briefer Psychotherapies* (Brunner Mazel, Inc., Nueva York) Small realiza una extensa recopilación de las ideas de numerosos autores sobre el tema (14). Si bien en las últimas décadas han surgido otras publicaciones, ellas no han alcanzado la dimensión de las aquí citadas. No obstante, merece citarse *Psicoterapias breves*, de M. Knobel (1986), editado inicialmente en São Paulo, Brasil, de sólidos fundamentos teóricos, y donde el autor vuelca su larga experiencia en la materia (11).

La psicoterapia breve en la Argentina

1967: Tiene lugar el *Coloquio Acta 1967: Investigaciones sobre psicoterapia breve*, que depara valiosas aportaciones. Participan, entre otros, R. J. Usandivaras, J. I. Szpilka, M. Knobel, A. E. Fontana, G. S. de Dellarossa, H. Ferrari, A. G. Marticorena y A. Dellarossa (16). Este coloquio es un testimonio del creciente interés que comienza a manifestarse en nuestro medio por el problema de las psicoterapias (individuales y grupales) en servicios psiquiátricos —de reciente creación— de hospitales generales, hospitales psiquiátricos e instituciones privadas que brindan tratamientos a honorarios reducidos, a raíz de la demanda cada vez mayor de asistencia psicológica por parte de la población. Se emplean tratamientos de duración limitada sobre una base psicoanalítica, pero la actividad es desorganizada y confusa y no se presentan todavía mayores perspectivas de instrumentar técnicas suficientemente sistematizadas y coherentes.

1970: Aparece el primer libro de autor argentino consagrado exclusivamente al tema: *Psicoterapia breve*, de H. Kesselman, con prólogo de J. Bleger. El autor, utilizando el esquema referencial de Pichon-Rivière, aborda entre otros puntos la planificación y las técnicas de movilización, y señala algunas características esenciales de las interpretaciones a utilizar en la labor terapéutica (10).

1973: Se publica *Teoría y técnica de psicoterapias*, de H. J. Fiorini, amplio y valioso estudio sobre el tema, en el que se destacan especialmente el capítulo referente a la primera entrevista en psicoterapia breve y el que aporta un modelo teórico del foco terapéutico (4).

1975: *Psicoanálisis y psicoterapia breve en la adolescencia*, de J. C. Kusnetzoff, aborda en su segunda parte el tema de la psicoterapia individual y grupal breve en el adolescente. Es de especial interés el capítulo destinado a la teoría de la comunicación y la psicoterapia breve, así como a la inclusión de la familia en el tratamiento (12).

1981: Primera edición de *Psicoterapia breve de orientación psicoanalítica*, donde intento aportar una visión integral del tratamiento.

1995: En nuestro medio, la necesidad de recurrir a psicoterapias menos costosas que el análisis, tanto en tiempo como en dinero, a fin de responder a la demanda de un número cada vez mayor de individuos, es hoy en día una realidad insoslayable. La aplicación de las llamadas psicoterapias breves se ha difundido ostensiblemente, pero aún no se les reconoce un status teórico, que sin embargo comienza a perfilarse, y son relativamente escasas las investigaciones que han suscitado.

Referencias bibliográficas

1. Alexander, F. y French, T., *Terapéutica psicoanalítica*, Paidós, Buenos Aires, 1965.
2. Bellak, L. y Small, L., *Psicoterapia breve y de emergencia*, Pax-México, México, 1969.
3. Ferenczi, S. y Rank, O.,*The Development of Psychoanalysis*, Zurich International Press, leipzig y Viena, 1924.
4. Fiorini, H. J., *Teoría y técnica de psicoterapias*, Nueva Visión, Buenos Aires, 1973.
5. Freud, S., "Análisis de un caso de neurosis obsesiva", en O.C., Biblioteca Nueva, Madrid, 1948, t. II.
6.— "Análisis terminable e interminable" en *O.C.*, Biblioteca Nueva, Madrid, 1948, t. III.
7.–, Historia de una neurosis infantil", en *O.C.*, *ob. cit.* en 5, t. II.
8.–, "Los caminos de la terapia psicoanalítica", en *O.C.*, *ob. cit.* en 5, t. 11.
9. Jones, E., *Vida y obra de Sigmund Freud*, Nova, Buenos Aires, 1960, t. II.
10. Kesselman, H., *Psicoterapia breve*, Kargieman, Buenos Aires, 1970.
11. Knobel, M., *Psicoterapia breve*, Paidós, Buenos Aires, 1987.
12. Kusnetzoff, J. C., *Psicoanálisis y psicoterapia breve en la adolescencia*, Kargieman, Buenos Aires, 1975.
13. Malan, D. H., *A Study of brief Psychotherapy*, Tavistock, Londres, Charles Thomas, Springfield, Illinois, 1963. (Vers. cast.: *La psicoterapia breve*, Centro Editor de América Latina, Buenos Aires, 1974.)
14. Rey Ardid, R., Prólogo al tomo III de S. Freud, *O.C.*, *ob. cit.* en 6,1968.
15. Small, L., Psicoterapias breves, Granica, Buenos Aires, 1972.
16. Usandivaras, R. J. y otros, *Coloquio Acta 1967: Psicoterapia Breve, Acta psiq. psicol. Amér. Lat.*, vol. XIV, nº 2, Buenos Aires, junio de 1968.
17. Wolberg, L. y colab., Psicoterapia breve, Gredos, Madrid, 1968.

3
BASAMENTOS TEORICOS[1]

Introducción

Los problemas de la teoría en terapias breves son numerosos y comprometen el reconocimiento de las mismas dentro del panorama psicoterapéutico.

Creo que actualmente podemos encontrar aportaciones muy valiosas al tema, pero, si bien hay puntos de coincidencia entre los distintos autores en lo que concierne a una teoría del proceso, también es cierto que, paralelamente, reina aún mucha confusión entre los lectores, provocada tal vez por una verdadera mezcolanza de conceptos teóricos que no siempre pueden articularse entre sí. Hay un déficit, como lo señala Fiorini, en cuanto a una *estructura unitaria* que sustente estos procedimientos (13). Hacia el logro de ella debemos dirigir nuestros esfuerzos.

Una carencia particularmente notoria que quisiera destacar es la de una concepción más o menos definida y aceptada acerca de los mecanismos terapéuticos actuantes en estas terapias.

En este capítulo me propongo discurrir sobre algunos temas cuyo replanteo considero de decisiva importancia dentro de la tentativa de configuración de un marco conceptual

1 Leído parcialmente en la Asociación Psicoanalítica Argentina, con el título de "Psicoterapia breve de orientación psicoanalítica. El problema de los basamentos teóricos" (Buenos Aires, 22 de agosto de 1979).

para las psicoterapias de objetivos y tiempo limitados. Procuraré asimismo exponer a lo largo de esta obra el modelo que personalmente he venido adoptando, y al que pretendo dotar de la necesaria coherencia, atributo —soy consciente de ello— quizá nada fácil de alcanzar. Mis puntos de partida, como los de muchos investigadores, son las teorías psicoanalíticas. En verdad, no encuentro motivos para prescindir de teorías tan valiosas como la del inconsciente, el conflicto psíquico, la sobredeterminación, los mecanismos defensivos, la génesis de los sueños, las series complementarias, la estructura del aparato psíquico, la transferencia, las resistencias y tantas otras que nos permiten comprender la problemática del paciente y del proceso terapéutico.[2] Pero lo que en definitiva habrá que modificar es la técnica, que, por múltiples razones, no podrá continuar siendo la misma que la empleada en psicoanálisis, y que deberá ajustarse al contexto propio de estos procedimientos. Me adhiero así a quienes proponen una psicoterapia breve de orientación psicoanalítica, pero entendiendo que técnicamente debe ser algo muy distinto de un "psicoanálisis breve".

Por los caminos del psicoanálisis

Mi concepción de la terapéutica breve es fiel a principios básicos formulados por Freud en un trabajo que adquiere singular significación dentro del tema que nos ocupa y que tal vez no se haya valorado lo suficiente. Me refiero a la conferencia pronunciada en Budapest en 1918 y publicada un año después con el título de "Los caminos de la terapia psicoanalítica" (26). Ya en aquel entonces Freud adelantó hechos que sobrevendrían posteriormente, entre los que hoy podemos incluir la aparición de los tratamientos breves como un intento de posibilitar la asistencia psicológica a un mayor número de personas. Muchos de los pensamientos expresados en aquella

[2] Mi esquema referencial es fundamentalmente freudiano, pero no vacilo en recurrir a conceptos propios de escuelas como la inglesa o la americana cuando ello me parece necesario, ya que me incluyo entre los que piensan que, dentro de ciertos límites, es válido acudir a distintos modelos teóricos, que puedan sernos útiles para comprender diferentes fenómenos o pacientes.

ocasión conservan aún plena vigencia. En la parte final del trabajo Freud señala la necesidad de que en el futuro los psicoanalistas se ocupen de adoptar medidas para extender los tratamientos psicoterapéuticos a las grandes masas de población. Reconoce que se tropieza con inconvenientes para lograrlo, derivados de las características propias del método psicoanalítico, que limita la atención a pocos individuos, y de factores de orden económico. Dirigiéndose a sus colegas psicoanalistas, Freud dice textualmente: "Quisiera examinar con vosotros una situación que pertenece al futuro y que acaso os parezca fantástica. Pero, a mi juicio, merece que vayamos acostumbrando a ella nuestro pensamiento. Sabéis muy bien que nuestra acción terapéutica es harto restringida. Somos pocos, y cada uno de nosotros no puede tratar más que un número limitado de enfermos al año, por grande que sea su capacidad de trabajo. Frente a la magnitud de la miseria neurótica que padece el mundo y que quizá pudiera no padecer, nuestro rendimiento terapéutico es cuantitativamente insignificante. Además, nuestras condiciones de existencia limitan nuestra acción a las clases pudientes de la sociedad". Más adelante anticipa la creación de establecimientos asistenciales estatales en los que los psicoanalistas traten gratuitamente a los pacientes por medio de la psicoterapia: "Por otro lado, es también de prever que alguna vez habrá de despertar la conciencia de la sociedad y advertir a ésta que los pobres tienen tanto derecho al auxilio del psicoterapeuta como al del cirujano y que las neurosis amenazan tan gravemente la salud del pueblo como la tuberculosis, no pudiendo ser tampoco abandonada su terapia a la iniciativa individual. Se crearán entonces instituciones médicas en las que habrá analíticos encargados de conservar capaces de resistencia y rendimiento a los hombres que, abandonados a sí mismos, se entregarían a la bebida, a las mujeres próximas a derrumbarse bajo el peso de las privaciones y a los niños cuyo único porvenir es la delincuencia o la neurosis. El tratamiento sería, naturalmente, gratis". Señala luego la necesidad de modificar en esas circunstancias la técnica psicoanalítica, lo cual me parece de la mayor importancia pues hoy en día muchos analistas se resisten a hacerlo, mostrándose "más papistas que el papa": "*Se nos planteará entonces la labor de adaptar nuestra técnica a las nuevas condiciones*". (Las bastardillas son mías.)

Enseguida expone, al contrario de lo que algunos podrían presuponer, su punto de vista respecto al uso de distintos recursos terapéuticos en tales casos, en lugar de preconizar de modo exclusivo el método psicoanalítico (lo que abonaría el criterio que hoy sustenta la multiplicidad de elementos terapéuticos en las terapias breves, especialmente en las que tienen lugar en establecimientos asistenciales): "En la aplicación popular de nuestros métodos habremos de mezclar quizá al oro puro del análisis, el cobre de la sugestión directa, y también el influjo hipnótico pudiera volver a encontrar aquí un lugar, como en el tratamiento de la neurosis de guerra",[3] aunque de inmediato subraya que los componentes básicos de tales tratamientos deberán provenir del psicoanálisis (esto último, como todo lo que he citado anteriormente, se ha convertido también en una realidad, ya que actualmente se cuenta con la P.B. psicoanalíticamente orientada): *"Pero, cualesquiera que sean la estructura y la composición de esta psicoterapia para el pueblo, sus elementos más importantes y eficaces continuarán siendo, desde luego, los tomados del psicoanálisis propiamente dicho, riguroso y libre de toda tendencia"*. (Las bastardillas son mías.)

La psicoterapia individual breve psicoanalíticamente orientada

Ante la perspectiva de adoptar una técnica breve de base psicoanalítica se hace necesario, para poder definir mejor sus elementos principales, establecer una comparación con nuestro modelo original, el tratamiento psicoanalítico. De este modo, intentaré aclarar cuáles son los puntos de contacto de ambos métodos terapéuticos, así como también, y muy especialmente, sus diferencias.[4] Dentro de los procedimientos breves, me referiré fundamentalmente a la técnica dirigida al *insight*, ante la cual pueden presentarse más dudas en cuanto

[3] Respecto a la hipnosis en particular, cabe mencionar que L. Wolberg ha propiciado su empleo, combinado con otras técnicas, en el método terapéutico breve (54).

[4] Este criterio comparativo regirá casi permanentemente a lo largo de esta obra.

a sus relaciones con la técnica analítica, contrariamente a lo que sucede frente a una terapia esencialmente *de apoyo*, cuya caracterización es más conocida y sencilla.

Sumándome a la iniciativa de algunos autores como Bellak (6), Small (6) (48) y Malan (40) y con un propósito principalmente didáctico, consideraré tres aspectos esenciales: 1) los *fines terapéuticos*, 2) la *temporalidad*, 3) la *técnica*.

Los fines terapéuticos

El psicoanálisis reconoce como meta fundamental *el hacer consciente lo inconsciente*. Pero la experiencia clínica nos permite comprobar que esta finalidad trae además aparejada la perspectiva de una *reconstrucción de la estructura de la personalidad* del analizando, como el resultado terapéutico quizá más trascendente, la cual involucra la *resolución de conflictos básicos y sus derivados* a través de la *elaboración* y el consiguiente logro de un mayor bienestar, con lo que se propende a la eliminación o alivio de los síntomas de modo franco y sostenido.

En la terapia de *objetivos limitados*, como lo indica esta denominación, las metas son reducidas y más modestas que las del tratamiento psicoanalítico. La limitación de los objetivos terapéuticos es característica del procedimiento que nos ocupa, y se halla en función de necesidades más o menos inmediatas del individuo. Los objetivos suelen plantearse en términos de *superación de síntomas y problemas actuales de la realidad del paciente*, lo que ante todo implica el intento de que éste pueda enfrentar más adecuadamente determinadas situaciones conflictivas y recuperar su capacidad de autodesenvolvimiento, de modo que en la práctica se halle en condiciones de adoptar ciertas determinaciones, cuando ello se revele necesario. Ejemplo: una joven maestra, con francas alteraciones del carácter, presentaba recientemente síntomas de depresión y conversiones histéricas (paresia de miembros inferiores y desmayos), ligados con situaciones conflictivas surgidas en su relación con la directora de su escuela, todo lo cual le ocasionaba serias dificultades adaptativas en el plano laboral. Se fijaron los siguientes objetivos para una terapia de corto plazo: lograr que la joven obtuviese un alivio de sus

síntomas y que, sobre todo, pudiese comprender y manejar mejor los conflictos subyacentes a su problema actual, a fin de poder reintegrarse a su trabajo y desenvolverse más saludablemente en su medio laboral.

Preferentemente, y mientras resulte posible, la solución de problemas inmediatos y el alivio sintomático deberán, en un sentido psicodinámico, responder al logro de *un comienzo de insight* del paciente acerca de los conflictos subyacentes (lo cual supone que en cierta medida también nos proponemos hacer conscientes aspectos inconscientes, aunque la meta central en sí no sea la exploración del inconsciente como lo es en psicoanálisis). La labor puede encararse además desde el lugar del terapeuta y con una visión dinámica, como respondiendo al propósito de clarificar y resolver, aunque de modo parcial, una parte de la patología del paciente. Malan habla precisamente de "elaborar brevemente un aspecto dado de la psicopatología" (40). En el ejemplo recién suministrado, esto consistía esencialmente en lograr que la paciente concientizara de un modo parcial aspectos del conflicto básico relacionado con la figura de su madre, ante la que mantenía una actitud infantil de extrema sumisión que se alternaba con intentos de rebelión y que derivaba en dificultades en su relación con representantes de la autoridad materna, como sucedía con la directora. Siguiendo a Malan, lo que éste propone tendría la ventaja de permitirnos dar cabida a expectativas de resultados terapéuticos de alcances mayores que si concibiésemos las metas meramente como circunscriptas a la remisión de un determinado síntoma o a la resolución de una situación crítica (40). Así, en el tratamiento de la maestra, tras el intento de resolver aspectos del conflicto primario con la figura materna, podía aspirarse no solo a obtener la remisión o disminución de la intensidad de los síntomas actuales y a conseguir que la joven pudiera solucionar sus problemas de relación con la directora, sino también a lograr cambios favorables en sus relaciones patológicas con otras mujeres que representaran a su madre (una compañera de mayor edad, la dueña de la pensión, etc.), una mayor iniciativa y la superación de inhibiciones no solo en el área laboral sino también en otras (sexual, social, etcétera). Considero entonces que toda formulación, en los términos corrientes, de objetivos terapéuticos limitados, debe presuponer en el terapeuta una

reformulación de dichos objetivos en un sentido psicodinámico que los abarque, y que casi siempre habrá de trascenderlos en alguna medida, explicándose así la posterior aparición de ciertos cambios en el paciente en lo concerniente a problemas de otras áreas de su vida, que incluso no llegan a ser mayormente tratados de manera explícita o directa durante la terapia, pero que se hallan ligados en cierto modo con las perturbaciones que han sido objeto de nuestro abordaje terapéutico.

En un orden de importancia generalmente secundario figuran diversas formas de brindar alguna ayuda al paciente en lo que a las situaciones perturbadoras se refiere, sea procurando aliviar su ansiedad a través de medios como, por ejemplo, los psicofármacos, sea interviniendo directamente en esas situaciones de su realidad, como en el caso de la asistencia social, etcétera.

Al ahondar más en el tema de los objetivos terapéuticos, vemos que éstos no son en realidad tan limitados en una terapia breve de predominio interpretativo. Tal impresión aumenta a poco que admitamos que dicha terapia incluye la presencia de otras metas, valiosas, implícitas y constantes, vinculadas a las enunciadas hasta aquí y que pueden concebirse en términos de *recuperación de la autoestima* (6) y *adquisición de conciencia de enfermedad*. (Trataré más detenidamente estos aspectos en el cap. 11.)

La temporalidad

Mientras que en un tratamiento psicoanalítico la duración no es determinada de antemano y se prolonga durante años, en las llamadas terapias breves suele fijarse previamente y ser más corta, de unos meses por lo general. Estas peculiaridades, de las que derivan las denominaciones quizá más difundidas de estos procedimientos (psicoterapias breves, psicoterapias de tiempo limitado, etc.), configuran un rasgo distintivo muy destacado de los mismos, aunque, como ya he señalado, no está presente necesariamente en todos los casos.

Stekel, entre otros, ha puntualizado la incidencia favorable que en el proceso terapéutico podía tener la limitación temporal establecida de antemano, la que estimularía el pro-

greso de la terapia (50).[5] Por lo pronto, cabe señalar que cuando se fija un plazo de terminación, éste crea invariablemente una situación bastante diferente de la situación psicoanalítica, gravitando de modo decisivo en los distintos aspectos del vínculo terapéutico, en especial en la finalización del tratamiento, tema que más adelante analizo con detenimiento (véanse los capítulos 8 y 9). Pero, por encima de todo, debe tenerse en cuenta que la limitación temporal confiere a la terapia una estructura más definida de "principio, medio y fin" (43), introduciendo en definitiva, en la relación terapéutica, un nuevo y necesario *elemento de realidad*, que desalienta en el paciente la producción de fantasías regresivas omnipotentes de unión permanente con el terapeuta. Tales fantasías se desarrollan y manejan con más facilidad en el contexto del tratamiento psicoanalítico que en el de la terapia que nos ocupa.

La técnica

El método breve puede diferenciarse técnicamente del psicoanálisis corriente. Poco a poco se ha ido configurando una teoría del tratamiento que comprende una actitud particular ante los distintos fenómenos psicoterapéuticos —la transferencia, la regresión, las resistencias, etcétera—, mientras se afianzan algunos principios dinámicos operativos cuya validez es corroborada por la experiencia clínica.

Desarrollaré aquí los siguientes puntos:

- La labor con los conflictos.
- Regresión. Dependencia. Transferencia. neurosis de transferencia.
- El problema de la resistencia.
- *Insight* y elaboración.
- Fortalecimiento y activación de funciones yoicas.
- Focalización.
- Multiplicidad de recursos terapéuticos.

5 Ya anteriormente el mismo Freud había fijado un límite de tiempo al tratamiento psicoanalítico en oportunidad de asistir al Hombre de los lobos (20), como lo consigné en el capítulo 2.

- Planificación.
- Cuadro comparativo de algunas características teórico-técnicas del psicoanálisis y de la psicoterapia breve psicoanalíticamente orientada.
- Otros conceptos de especial aplicación en psicoterapia breve (situación-problema, foco, punto de urgencia e hipótesis psicodinámica inicial).

La labor con los conflictos[6]

Pueden establecerse claras diferencias entre una psicoterapia de objetivos limitados y un tratamiento psicoanalítico en lo que respecta al abordaje de los conflictos psíquicos del paciente.

Recordemos primeramente cómo se tratan los conflictos en psicoanálisis. La investigación psicoanalítica nos demuestra que las situaciones conflictivas actuales del individuo están vinculadas con conflictos infantiles, de los que en realidad derivan. Son ejemplos de conflictos derivados los que la maestra antes mencionada presentaba en su relación con la directora de su escuela, relación caracterizada por un marcado sometimiento a la misma, o los de una mujer que rivaliza obstinadamente con su suegra. Ambas situaciones remiten a un conflicto infantil con la figura materna, transferida en esas relaciones actuales.

Los conflictos infantiles genéticos se producen, como sabemos, en relación con los objetos primarios del sujeto, siendo su naturaleza edípica o preedípica. Durante el tratamiento analítico el paciente revive dichos conflictos (sobre todo en el seno de la relación transferencial con el terapeuta), que son profundamente analizados, a fin de lograr su *resolución* (y la de sus derivados) por medio del *trabajo elaborativo* (elaboración de los conflictos).

En la P.B. orientada hacia el *insight* hay, como primer elemento distintivo destacable, una *elección* de los conflictos

6 Incluido en el trabajo "La labor con los conflictos y la resistencia en psicoterapia breve", que presenté en el Primer Encuentro Argentino de Psicología Profunda (Buenos Aires, agosto de 1978).

(derivados) a tratar, que recaerá en los que prevalecen por su urgencia y/o por su importancia, es decir que subyacen al problema actual motivo del tratamiento (véase "Focalización", p. 51 y "El foco", pp. 55 a 62).[7] Es habitual, además, que la labor terapéutica se circunscriba *a priori* a encarar exclusivamente esos derivados del conflicto primitivo infantil, sin ahondar mayormente en éste, por elementales principios de prudencia, evitando que se produzca una excesiva movilización afectiva y, sobre todo, que se favorezca la regresión en el paciente. El terapeuta deberá centrarse de preferencia en factores determinantes actuales de esos conflictos subyacentes focales; ello bastará a menudo para obtener buenos resultados terapéuticos y, principalmente, para lograr los objetivos propuestos.[8]

Pero también considero que en algunos tratamientos breves es necesario y posible enfrentar al paciente con el conflicto original. Eso ocurre cuando, sea al comienzo o, más frecuentemente, en el transcurso del tratamiento, se tiene la impresión de que de otro modo no se obtendrán mayores progresos a lo largo de éste, y/o cuando aspectos de ese conflicto básico se hallan muy próximos a la superficie psíquica del paciente. En ocasiones es el paciente mismo, si tiene cierta capacidad de *insight*, quien trae a colación el conflicto infantil, relacionándolo con su situación conflictiva. En todas estas circunstancias el terapeuta puede emprender una labor interpretativa cautelosa de *ciertos componentes* del conflicto básico, en especial de

[7] Estos conflictos, como veremos luego, son propios de la estructura del foco terapéutico, por lo que de ahora en adelante los denominaré *conflictos focales* o *conflictiva focal*. Otras denominaciones a las que se recurre comúnmente son las de conflicto *actual* y conflicto *central o principal*, que, aunque apropiadas, tienen la desventaja de prestarse a confusión, por lo que requieren algunas aclaraciones. Antes que nada, no todo conflicto actual habrá de ser focal y, por ende, objeto del abordaje terapéutico; por otra parte, actual no significa forzosamente de aparición reciente y/o comienzo sintomatológico agudo, ya que puede tratarse también de un conflicto que se mantenga vigente siendo sus manifestaciones de antigua data y/o de instalación gradual. Por último, cuando se habla de conflicto central o principal debe entenderse que el mismo lo es *con respecto al tratamiento*, por cuanto concentraremos en él nuestra atención y nuestros esfuerzos, mas ello no implica que necesariamente ese conflicto sea siempre el central dentro de la patología del paciente.

[8] No obstante cabe señalar que Malan y su equipo de terapeutas se dedicaron en especial a *interpretar los problemas edípicos* de los cuales derivaban las diversas dificultades de los pacientes (40).

los que estén inmediatamente vinculados a la problemática focal y que adquieran relevancia a fin de lograr la clarificación y superación de dicha problemática. No deberán abordarse otros aspectos del conflicto, ya que no tiene sentido abrir heridas de manera indiscriminada en la estructuración defensiva del paciente, poniendo al descubierto contenidos que sin duda no habrá oportunidad de analizar suficiente y convenientemente en esa terapia.

A menudo se nos planteará el problema de saber hasta dónde podemos profundizar mediante las interpretaciones con miras a arribar a las metas terapéuticas propuestas, lo cual tendrá que evaluarse en cada caso particular (véanse pp. 121, 122, 136 y 137). Se trata de un punto que requiere tacto y experiencia por parte del terapeuta.

Cuando se trata de una psicoterapia de breve duración el terapeuta puede sentirse apremiado por el tiempo, debiendo evitar, por sobre todo, caer en interpretaciones prematuras acerca de los conflictos infantiles. Ya sabemos con cuánta insistencia Freud previno sobre los riesgos de tal proceder en el tratamiento psicoanalítico (24).

Como puede apreciarse a esta altura de mi exposición, en P.B. se realiza, a diferencia de lo que ocurre en el psicoanálisis, una tarea interpretativa parcial de los conflictos del paciente, circunscripta a aquellos que han sido escogidos, y que a su vez se abordan de un modo también parcial. Se incursione o no en la interpretación de las raíces infantiles de la conflictiva focal, siempre se hace un intento de *resolución interpretativa de los conflictos derivados*, aunque ésta no sea idéntica a la que pueda obtenerse mediante el psicoanálisis. Se trata de una *resolución parcial o incompleta* (1), consistente en la producción de ciertos cambios dinámicos en los conflictos, muchas veces suficientes para lograr beneficios terapéuticos nada desdeñables. (Acerca de las probables modificaciones en el estado de los conflictos, véase p. 70.)

Regresión. Dependencia. Transferencia. Neurosis de tranferencia

Los fenómenos regresivos, de dependencia, transferenciales y neuróticotransferenciales se hallan íntimamente

relacionados en el tratamiento psicoanalítico. Denominaciones tales como *dependencia regresiva* o *neurosis transferencial regresiva* reflejan en alguna medida esta correlación. Por ello haré referencia a estos conceptos de manera conjunta dentro de un mismo subtítulo de este capítulo, en un intento de aclarar las diferencias que en estos aspectos presenta el tratamiento breve de *insight* respecto del psicoanálisis.

La *regresión* puede entenderse como el proceso por el cual cobran vigencia estados o modos de funcionamiento psíquico pertenecientes a etapas anteriores del desarrollo del individuo. En realidad Freud se ocupó del concepto de regresión en distintos contextos —la enfermedad mental, la transferencia con el analista, los sueños— y la clasificó en tres clases: tópica, temporal y formal (18) (25). Aquí voy a referirme en especial a la regresión temporal *en la transferencia con el terapeuta*.

En el proceso analítico se trata de favorecer por distintos medios (posición acostada del paciente, libre asociación, silencio del analista, frecuencia de las sesiones, etc.), una regresión vivencial *útil*, la cual representa un medio esencial para lograr el fin terapéutico. La regresión es necesaria para la reviviscencia de los conflictos originales infantiles del analizando en su relación con el analista (neurosis de transferencia) y la elaboración consiguiente. Esto implica además que la regresión operada produce un incremento de la *dependencia* del analizando respecto del analista, quien suele representar, básicamente, figuras parentales. Se espera, claro está, que el proceso regresivo se revierta a lo largo del camino terapéutico, dando lugar a un crecimiento psicológico paulatino que hará posible que el paciente asuma en definitiva una conducta más adulta en la vida.

Para comprender las distintas peculiaridades del vínculo terapéutico en terapias breves de *insight*, es preciso además tomar en cuenta los conceptos de *transferencia* y *neurosis de transferencia*.[9]

Laplanche y Pontalis describen la transferencia como "el proceso en virtud del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de

[9] El estudio debe completarse con el agregado de los aspectos concernientes a la *contratransferencia* en psicoterapias breves, a la que me refiero muy especialmente en el capitulo 8 (véanse también los capítulos 9 y 14).

relación establecida con ellos y, de un modo especial, dentro de la relación analítica". Y agregan: "Se trata de una repetición de prototipos infantiles, vivida con un marcado sentimiento de actualidad" (38) (p. 459).

En cuanto a la *neurosis transferencial*, diremos que es la reproducción de la neurosis infantil en la relación con el analista. Presupone la reedición, selectiva, de *determinadas situaciones y mecanismos infantiles en la relación terapéutica*, es decir que, citando nuevamente a Laplanche y Pontalis (38), la neurosis transferencial consiste en una "neurosis artificial en la cual tienden a organizarse las manifestaciones de transferencia" (p. 258). Estos autores establecen, sobre la base de los escritos de Freud, la diferencia entre las *reacciones de transferencia y la neurosis de transferencia propiamente dicha*. En relación con esta última expresan: "por una parte, coordina las relaciones de transferencia, al principio difusas ('transferencia flotante', según Glover) y, por otra, permite al conjunto de los síntomas y de las conductas patológicas del paciente adoptar una nueva función al referirse a la situación analítica" (p. 259). Asimismo French hace referencia a la neurosis transferencial como a una "*masa de pautas de conductas neuróticas estereotipadas* puestas de manifiesto en la situación analítica" (15). (Las bastardillas son mías.)

La transferencia, considerada inicialmente por Freud como un obstáculo en el tratamiento psicoanalítico, pasó luego a ocupar tanto para él como para la mayor parte de los psicoanalistas un papel de decisiva importancia en la cura (22), hasta convertirse su análisis en la tarea central. De este hecho se desprende que es conveniente permitir—e incluso promover—durante la terapia psicoanalítica el desarrollo de la neurosis transferencial, cuya resolución por medio de la elaboración será fundamental si se aspira a lograr la curación del analizando. Es oportuno recordar aquí la definición que da Rangell del psicoanálisis como método terapéutico: "El psicoanálisis es un método de terapia *por el cual* se establecen condiciones favorables para el desarrollo de una neurosis transferencial, en la que el pasado se restaura en el presente *con el propósito de que*, mediante un ataque interpretativo sistemático a las resistencias que se oponen a ello, se llegue a una resolución de esa neurosis (transferencial e infantil) *con el fin* de provocar cambios estructurales en el aparato mental del paciente para

que éste sea capaz de una adaptación óptima a la vida". (Bastardillas del autor.) Rangell agrega que tales condiciones indispensables distinguen cualitativamente al psicoanálisis de sus diversos derivados (46).

En la psicoterapia breve de *insight*, en cambio, no es conveniente favorecer el desarrollo de la regresión ni el de una neurosis transferencial. Los mecanismos terapéuticos no se sustentan por lo general en el desarrollo, análisis y resolución de la neurosis transferencial, dado que las condiciones del paciente y/o del encuadre no son aptas para tales fines; por otra parte, como las metas terapéuticas no están dirigidas a reestructurar la personalidad ni a resolver conflictos básicos del individuo, sino a mitigar algunos padecimientos actuales, no sería coherente que el *insight* de aspectos de la relación transferencial neurótica, regresivo-dependiente, continuara siendo el resorte terapéutico fundamental en este nuevo contexto; lo que ahora cobra importancia es la búsqueda de *insight* del paciente acerca de situaciones conflictivas actuales de su vida cotidiana (que son las que habitualmente dan origen a la consulta), para lo cual la labor interpretativa recae más en sus relaciones con los objetos de su realidad externa que en la relación con el terapeuta.

Según Szpilka y Knobel, en estos procedimientos es preciso guardarse de estimular tanto la regresión como la neurosis de transferencia (51) (37). Bellak y Small (6), al igual que Wolberg (54), entre otros, también aconsejan que se evite en lo posible el desarrollo de la neurosis transferencial. Su desencadenamiento, junto al de una regresión vivencial, puede considerarse una complicación (a veces inevitable) en las psicoterapias breves ya que, al quedar trunca su elaboración, en vista de las limitaciones inherentes a estos tratamientos, dejaría —iatrogénicamente— al paciente en un estado regresivo-dependiente, exponiéndolo a sufrir diversas reacciones transferenciales nocivas a causa de la movilización afectiva producida y, en particular, a padecer dificultades para aceptar su separación respecto del terapeuta ante la perspectiva de terminar su terapia.[10]

10 Sin embargo, en su libro *Terapéutica psicoanalítica*, Alexander, French y colaboradores (5) sugieren propiciar —aunque solo en ciertas ocasiones— el desarrollo y análisis de *determinados componentes* de la neurosis de transferen-

Por medio de distintos recursos, a los que más adelante me referiré con detalle (véase cap. 6), ha de procurarse que el paciente no concentre tanto la libido en la relación con el terapeuta. Si bien los fenómenos transferenciales también se suceden, a veces inexorablemente, en una psicoterapia breve, podemos esperar que la adopción de algunas medidas técnicas impida que la transferencia alcance demasiada intensidad y llegue a cubrir y a dominar la situación terapéutica hasta configurar una neurosis de transferencia.[11] La terapia debe sustentarse en el predominio de una transferencia positiva sublimada (6).

La regresión solo debería ser permitida en grado pequeño, no yendo más allá de los niveles requeridos para posibilitar la exploración y *experiencias iniciales de insight* de las situaciones conflictivas actuales. El tratamiento, en lugar de fomentar la dependencia del paciente, debe propender a la estimulación y afianzamiento de su iniciativa personal, es decir, de sus capacidades autónomas.

Los criterios presentados hasta aquí definen las características que habrá de asumir la relación terapéutica en P.B. (véase cap. 6, especialmente "La relación paciente-terapeuta en el tratamiento breve", pp. 101 a 107.)

cia en terapias de corto plazo. Estos autores suponen que es posible controlar la relación transferencial permitiendo el despliegue de algunos fenómenos transferenciales, específicamente de los que sean importantes para comprender y por consiguiente solucionar el conflicto central del paciente. Esta maniobra técnica me parece interesante, aunque en cierta medida riesgosa a raíz de las dificultades que deberá enfrentar el terapeuta para manejar la relación, ya que no cuenta con las posibilidades que otorga el encuadre psicoanalítico (estimo que tal maniobra podría tener mayor asidero si no se ha fijado previamente una fecha de finalización del tratamiento o, de haberse fijado, si la duración prevista para éste no es demasiado corta, es decir, si el plazo mínimo para la finalización del mismo es, por ejemplo, de un año). En última instancia pienso que esta actitud debería ser la excepción a la regla, ya que en definitiva exige del terapeuta mucha destreza y del paciente la capacidad, por un lado, de desarrollar ciertos aspectos de la neurosis de transferencia y, por otro, de mantener simultáneamente una relación "real" con el terapeuta y una *alianza de trabajo* (29) (30) que garanticen la buena marcha del tratamiento, evitando derivaciones indeseables.

11 Ello no implica que el fenómeno transferencial deba descuidarse. Por el contrario, habrá que tenerlo en cuenta constantemente como un medio de comprender al paciente (9) (51), y en determinadas circunstancias (véase cap. 6, pp. 128 a 133) será necesaria su interpretación.

El problema de la resistencia[12]

En el tratamiento psicoanalítico llamamos resistencias a los diversos obstáculos que el analizando opone a su acceso al propio inconsciente, esto es, a la labor terapéutica y a su curación.

En 1925 Freud distinguió y sistematizó cinco formas de resistencia, desde un punto de vista estructural, en su trabajo "Inhibición, síntoma y angustia" (21). Tres de ellas proceden del yo y son: las resistencias de la represión, las de la transferencia y las del beneficio secundario de la enfermedad. Las otras son las resistencias del ello, también llamadas por Freud resistencias del inconsciente, y las del superyó.[13]

El análisis exhaustivo de las resistencias constituye una parte imprescindible de todo tratamiento psicoanalítico. La prolongación de éste se debe en gran medida a la necesidad de elaboración de aquéllas (27).

En una terapia breve interpretativa también surgen resistencias en el paciente, que pueden considerarse, por añadidura, como obstáculos que éste interpone al avance del proceso psicoterapéutico, específicamente del *insight*.

El análisis de las resistencias en P.B. no posee habitualmente, como puede suponerse, el mismo carácter intensivo que en psicoanálisis. La limitación temporal, cuando existe, es uno de los motivos de que ello ocurra, aunque no el único; básicamente la índole misma del procedimiento no contempla fines tan ambiciosos.

El tratamiento de las resistencias dependientes de los mecanismos defensivos del yo en P.B. suele presentar las siguientes características: a) algunas defensas son combatidas, es decir, analizadas; b) otras en cambio son respetadas o aun reforzadas por la labor terapéutica, de acuerdo con lo que resulte indicado en cada caso, sobre la base de las condiciones

[12] Incluido en el trabajo "La labor con los conflictos y la resistencia en psicoterapia breve", que presenté en el Primer Encuentro Argentino de Psicología Profunda (Buenos Aires, agosto de 1978).

[13] Freud aborda nuevamente el tema de los distintos tipos de resistencias en "Análisis terminable e interminable", donde se refiere a los mecanismos de defensa del yo en general y no solo a la represión como resistencia contra la curación (19).

de paciente y encuadre. Como ejemplo de lo mencionado en a), podemos citar la necesidad de trabajar sobre defensas maníacas (negación, omnipotencia, etc.) peligrosamente incrementadas o, lo que es más común, el tener que atacar parcialmente las barreras represivas de contenidos inherentes al padecimiento actual, así como también mecanismos de aislamiento, intelectualización, proyección, etcétera. Por el contrario, y a propósito de lo expresado en b), con frecuencia optamos por no perturbar ciertos mecanismos defensivos caracterológicos, permitiendo que el paciente los conserve, sea porque queremos evitar una movilización afectiva excesiva y difícil de manejar en el tratamiento, o bien porque se trata de defensas relativamente útiles que inclusive —aunque solo ocasionalmente— podría ser conveniente reforzar.

El tema de la resistencia de transferencia en P.B. merece también algunos comentarios. En las terapias de este tipo, al menos, tal resistencia no es por lo general muy intensa, y ello se debe a lo siguiente: sabemos que esta forma de resistencia obedece en parte al resentimiento despertado en el paciente por sentirse frustrado en su relación transferencial con el terapeuta, razón por la que Menninger propone llamarla *resistencia de la frustración o de la venganza* (41). En la medida en que la relación terapéutica es en P.B. menos frustrante para el paciente, ya que existe un vínculo más "real" y una mayor proximidad afectiva de parte del terapeuta, la hostilidad que despierta en aquél suele ser consecuentemente menor que en el tratamiento psicoanalítico y, por ende, las resistencias transferenciales también son menores (35); pero el terapeuta deberá bregar siempre para que esto se logre, procurando que predomine una transferencia positiva. Cuando dichas resistencias se exacerban, nos hallamos ante uno de los motivos fundamentales que a mi juicio, y para disolverlas, justifican el empleo de interpretaciones transferenciales en el tratamiento breve (véase cap. 6, pp. 129 y 130).

INSIGHT Y ELABORACION[14]

Entre los problemas actuales que aún no se han resuelto en el terreno de las psicoterapias de base psicoanalítica se hallan los que conciernen al papel del *insight* y la *elaboración* y a su relación con los cambios que se obtienen en los pacientes (52).

Comenzaremos por recordar sucintamente los significados esenciales de ambos términos.

Por *insight* entendemos, con L. Grinberg, "la adquisición del conocimiento de la propia realidad psíquica" (31). Tal conocimiento presupone una *participación afectiva*: no se trata simplemente de comprender en un sentido intelectual, sino también de poder experimentar emocionalmente el contacto con los aspectos inconscientes de uno mismo.

La *elaboración* o *trabajo elaborativo* (*working through*) es un concepto de significado complejo y no suficientemente definido en la bibliografía psicoanalítica. Una enunciación sencilla la describe como "el proceso por el cual un paciente en análisis descubre gradualmente, a través de un lapso prolongado, las connotaciones totales de alguna *interpretación* o *insight*" (47) ("Elaboración", p. 59. Bastardillas del autor).

Es conocida la importancia del *insight* y la elaboración en el tratamiento analítico. La finalidad de las interpretaciones del analista, que son su instrumento terapéutico por excelencia, es promover el *insight* de los conflictos en el paciente. Resulta oportuno citar aquí a Rycroft: "El objetivo del tratamiento psicoanalítico es definido, algunas veces, en términos de la adquisición de *insight*, pese a que el mismo Freud nunca utilizó esta formulación, prefiriendo la idea de que su objetivo es hacer *consciente lo inconsciente* (47) ("*Insight*", p. 81. Bastardillas del autor). En relación con este punto, Grinberg dice: "Freud también había señalado que el fin primario del analista es conocer y, por consiguiente, no debe estar preocupado con el objetivo terapéutico. Este objetivo de conocer, en realidad no se contradice con el objetivo terapéutico, siendo el *insight* el factor central y la precondición de todo cambio duradero en la personalidad" (31).

14 Presentado en el Primer Encuentro Argentino de Psicología Profunda (Buenos Aires, agosto de 1978), con el titulo de "*Insight* y elaboración en psicoterapia breve".

La elaboración, como labor de profundización del paciente, traerá aparejado que éste asimile las interpretaciones correctas del analista, condición esencial del éxito terapéutico (39). Acerca del principio de elaboración cabe recordar que:

a) Requiere dos factores elementales: tiempo (siendo por ello la necesidad de elaboración una importante causa de prolongación del tratamiento psicoanalítico) y trabajo (la labor analítica) (27). De lo último se desprende que tiene lugar en el paciente fundamentalmente en presencia del analista y contando con la participación de éste.

b) En su desarrollo interviene la regresión del analizando (31).

c) Incluye la tarea de superar las resistencias y el análisis exhaustivo de los conflictos, en el que tiene especial importancia lo que transcurre dentro del marco de la neurosis transferencial (27).

En la *terapia breve psicoanalíticamente orientada*, la concepción de la existencia del *insight* y la *elaboración* presenta numerosos puntos oscuros.

Ante todo, ¿es válido hablar de *insight* en estos tratamientos? Creo que sí, aunque con ciertas salvedades, como veremos seguidamente.

Propiciar la adquisición del *insight* en el paciente por medio de las interpretaciones —especialmente de los psicodinamismos relacionados con el trastorno actual, motivo del tratamiento— debe constituir a mi modo de ver nuestro principal propósito en la terapia dinámica breve, siempre que las condiciones psíquicas del paciente lo permitan. Esta actitud terapéutica nos permitirá abrigar mayores esperanzas de lograr en el paciente una mejoría más sólida y estable, al aumentar su capacidad yoica para enfrentar y resolver las situaciones conflictivas. La búsqueda del *insight* en el tratamiento breve es preconizada por numerosos autores, entre ellos Bellak y Small, quienes señalan clara y repetidamente su valor en distintos pasajes de su obra (6). Pero la técnica breve demanda peculiares restricciones para el *insight* del paciente, que es necesario consignar:

—Respecto de su *extensión* entiendo que, generalmente,

dadas las limitaciones del encuadre —y sobre todo cuando se trata de una terapia de corta duración— solo tenemos la alternativa de proporcionar lo que podríamos considerar *experiencias iniciales de insight*, un autoconocimiento limitado a dificultades comprendidas habitualmente dentro del foco terapéutico (pero que tampoco suele dar cuenta de *todos* los aspectos del conflicto subyacente al problema vital focal, sino únicamente de los más gravitantes y accesibles a la comprensión psicológica del paciente dentro de este encuadre). Esto podrá servir, ser suficiente —o no— a los pacientes para lograr cambios dinámicos favorables, poner en marcha un proceso progresivo que continúe aun luego de finalizado el tratamiento y estimular su autoobservación y motivación hacia las experiencias psicoterapéuticas de índole interpretativa. En suma, en una terapia de objetivos —y eventualmente de tiempo— limitados también el *insight* estará, naturalmente, limitado en su *extensión*, a diferencia del más amplio de un tratamiento intensivo y prolongado como el psicoanalítico; verdad de Perogrullo, pero que es necesario tener presente para estudiar todo aquello que se relacione con mecanismos terapéuticos y grado de eficacia de los procedimientos breves.

—En cuanto a su *tipo y profundidad*, cabe señalar que mientras que el *insight* psicoanalítico tiene lugar en el seno de una atmósfera regresiva que lo favorece y depende principalmente de la actividad interpretativa respecto de las diversas reacciones propias de la neurosis de transferencia, en P.B. la búsqueda de *insight* está dirigida con más frecuencia hacia las relaciones del sujeto *con los objetos externos de su vida cotidiana y presente*, aunque no desecha los fenómenos transferenciales más notorios, que obran como obstáculo (resistencias transferenciales) y/o ilustran acerca de la problemática del paciente, como se verá más adelante (pp. 129 a 133). Más abarcativo, el *insight* psicoanalítico lo es también por cuanto ofrece posibilidades de mayor alcance de las situaciones infantiles reprimidas, que se reviven en la situación transferencial, permitiendo en síntesis una conexión más completa de lo que sucede en el mundo externo extraanalítico y en la relación transferencial analítica del paciente con su vida pasada. Son *tipos y grados de profundidad* diferentes de *insight*, pero no por ello debe negársele totalmente validez y eficacia al que se

obtiene en un tratamiento breve. ("No se puede sostener con tanto énfasis que el *insight* a través de la transferencia sea el único tipo de *insight* que sirve a la reorganización y a la reintegración del yo", sostiene Karno [36]).

Todavía es posible plantear otra diferencia con el *insight* del tratamiento psicoanalítico, que concierne a la naturaleza misma del fenómeno de comprensión psicológica en el paciente y que obedece también a la necesidad de controlar la intensidad de los fenómenos regresivos y transferenciales: Szpilka y Knobel sugieren que en terapias breves el *insight* posea una "mayor participación cognitiva que afectiva" (51); habrá que tender, como medida prudencial y mediante un determinado estilo interpretativo (véanse pp. 133 y 134), a que el paciente, más que revivir en la relación transferencial las situaciones infantiles determinantes de su problema actual, las *comprenda* (51). Esta proposición, así expresada, entraña el riesgo de ser distorsionada. Entiendo que no implica, como algunos podrían suponer, un mero *insight intelectual* (el cual significaría una nueva forma de resistencia), pues no deja de tener cierta resonancia afectiva. Pero, a diferencia del *insight* psicoanalítico, que es más pleno y vívido, en suma, dotado de una mayor y a veces distinta repercusión emocional, el del tratamiento breve ha de ser, en este sentido, un fenómeno en lo posible más controlado por medio de la actividad terapéutica, y en especial si toca circunstancialmente a la exploración de aspectos de la transferencia con el terapeuta correspondientes a lo infantil-genético. (Será menos necesario controlarlo si atiende a componentes más actuales de la transferencia con el terapeuta u otros objetos de la realidad externa del paciente.)

Pasemos ahora a examinar el problema de la *elaboración* en la terapia dinámica breve, sobre el cual la bibliografía es, como puede suponerse, sumamente escasa. Bellak y Small citan como principios generales de la "psicoterapia rápida" la comunicación, el *insight* (del terapeuta y del paciente) y la elaboración (6).

Como no se estimula el desarrollo de la regresión ni el de la neurosis transferencial y no se realiza un análisis intensivo de ésta ni de las resistencias, considero que en P.B. no pode-

mos hablar de elaboración en el mismo sentido que en psicoanálisis. En todo caso, el trabajo de real elaboración será escaso, máxime si existe una limitación del tiempo. Este, como hemos visto, es un factor fundamental para que la elaboración tenga lugar.[15] Estaríamos entonces ante uno de los puntos más discutibles en lo que respecta a la validez terapéutica de estos procedimientos. Sin embargo, es posible concebir la existencia de un proceso, distinto cualitativamente del de la elaboración analítica, sin la profunda reestructuración metapsicológica que ella implica y básicamente circunscripto a la conflictiva focal. Un proceso imperfecto o incompleto, pero de *cambio* al fin, que en circunstancias en que el tratamiento esté limitado en su duración, él también lo estará, pero que en *algunos* pacientes con suficientes capacidades yoicas podría quizá continuar aun después de concluido el tratamiento breve. En este último caso sería una especie de "autoelaboración", la cual se habría iniciado a un tiempo con la labor terapéutica para seguir un camino progresivo hacia el afianzamiento de los logros.[16] Los mecanismos íntimos de este fenómeno, que poseería tal vez gran importancia terapéutica en algunos casos, resultan difíciles de precisar por el momento.[17] Quizá las mo-

[15] La incidencia del factor tiempo en la elaboración es señalada también por Bellak y Small: "En la psicoterapia rápida no hay mucho tiempo para el proceso de elaboración" (6).

[16] Se podría hacer referencia a esta última fase del proceso con cualquier otra denominación, por ejemplo la de *proceso progresivo posterapéutico.*

Debemos consignar aquí que, en lo que atañe a la elaboración psicoanalítica, ésta, al menos para Novey, también continuaría —y es necesario que así sea, dice, para lograr un cambio terapéutico— fuera de la sesión analítica, "incluso cuando el paciente duerme". Novey se refiere además expresamente a la continuación del proceso de elaboración *una vez que ha concluido exitosamente el tratamiento analítico.* "El período postanalítico no solo implica repetir y reexperimentar situaciones de la vida con mayor facilidad y libertad, sino también seguir elaborando los conflictos en nuevos contextos y nuevas situaciones" (42).

[17] Dichos mecanismos podrían estar ligados con lo siguiente: ante las distintas experiencias de vida se daría una aplicación de núcleos de *insight* adquiridos durante el tratamiento breve, a la vez que un afianzamiento y ampliación progresivos de los mismos.

Bellak y Small consideran la elaboración en P.B. dentro del marco de la teoría del aprendizaje. De esa manera la conciben como el refuerzo del aprendizaje de una conducta nueva y la extinción de los modos neuróticos de adaptación. Los autores expresan que, en este terreno, la teoría del aprendizaje podría tener

dificaciones significativas que incluso en la estructura de personalidad de pacientes tratados con el procedimiento breve se evidencian a veces en los tests proyectivos, efectuados años después de finalizado el tratamiento (32), tengan que ver con mecanismos de esta índole. Más adelante, a propósito de la consideración de los resultados y mecanismos terapéuticos, reanudaremos la discusión de estos hechos.

Finalmente, cabe agregar que en una terapia de *objetivos y tiempo limitados* tal vez sea necesario llegar a la conclusión de que el *insight* y la elaboración han de ser en buena medida estimulados, es decir, facilitados y agilizados mediante el *papel activo* del terapeuta, dadas las condiciones de focalización y de corta duración del tratamiento.

FORTALECIMIENTO Y ACTIVACION DE FUNCIONES YOICAS

Considero que la adquisición de *insight* por parte del paciente a través de las interpretaciones del terapeuta es la forma más apreciada de lograr el fortalecimiento de su yo, pero deben tenerse en cuenta otras formas cuya significación terapéutica no es mucho menor en el seno de las terapias breves y que no son necesariamente incompatibles con la búsqueda del *insight.*

Muchas veces las diversas medidas terapéuticas destinadas al afianzamiento y activación de funciones yoicas se engloban dentro de la denominación genérica de psicoterapia de *apoyo.* El empleo de tal denominación entraña el riesgo de que los terapeutas, sin detenerse mayormente a considerar

aplicaciones especiales: "[...] ante todo, lo que nos atañe es el problema de hacer permanente el aprendizaje que se produce en la situación psicoterapéutica. Clínicamente hablamos de impedir las recaídas". Este concepto es ligado en seguida por los autores con la problemática de la falta de tiempo para llevar a cabo el proceso de elaboración. Siguen comentarios que abonan la idea de un proceso "elaborativo" no solo durante el tratamiento sino también, a mi entender, posteriormente al mismo. Señalan que el paciente debe "aplicar el aprendizaje a situaciones de la vida real o darse cuenta de que tiene otros problemas. Esas experiencias —prosiguen— pueden tener el efecto de convencer al paciente de que ha aprendido adecuadamente un nuevo modo de conducta, o de que su aprendizaje ha sido inadecuado. En ambos casos el resultado es que el aprendizaje psicoterapéutico se ha mejorado por la experiencia vital real" (6).

dichas medidas, las desechen, ya que en los círculos psicoanalíticos el término *apoyo*, como es sabido, está cargado en algunos casos de un sentido francamente peyorativo, por cuanto suele implicar, básicamente, el fomento y utilización de una relación regresivo-dependiente no analizada, por ende no progresiva, y sin que se intente poner en contacto al paciente con las motivaciones profundas de su padecimiento. Por consiguiente, ante la posibilidad de que surjan malentendidos es conveniente establecer algunas distinciones sobre el particular.

Comenzaremos por reconocer, también en P.B., la necesidad de apelar a veces exclusivamente, cuando no hay una alternativa mejor, a técnicas de apoyo emocional; es el caso de pacientes que por sus debilidades yoicas no son aptos para tolerar una terapia interpretativa y en los que lo único que se procura obtener es una supresión sintomática. Pero debemos discriminar con claridad esta posición terapéutica de otra que se caracteriza por el empleo de cierto tipo de intervenciones verbales que apuntan a lograr un reforzamiento y activación del yo de distinta —y aun opuesta— naturaleza y que pueden alternar coherentemente con las interpretaciones.

"Todos nuestros pacientes, en grados variables, dudan de su juicio, sus percepciones y su valía. Si 'solo interpretamos' o 'solo analizamos' les dejamos sin quererlo la impresión de que sus reacciones son 'meras' repeticiones de su pasado infantil y que su conducta es inmadura, errónea o insana. Si parte de nuestra meta terapéutica consiste en aumentar las funciones yoicas sanas del paciente y su capacidad para las relaciones objetales, es importante confirmar aquellos aspectos de su conducta que indican un funcionamiento sano." La frase pertenece a un artículo de Greenson y Wexler (30) y atañe al tratamiento analítico, pero puede resultar sumamente significativa y útil a poco que, con ligeras variantes, la apliquemos también a la técnica breve. Más adelante los autores continúan: "(...) muchos de nuestros pacientes necesitan tener la experiencia de sentir que 'están en lo cierto'. Necesitan la experiencia de que se reconozcan y se respeten sus funciones yoicas y sus relaciones objetales adecuadas". Hay motivos para atribuir fundamental importancia a estos conceptos en el campo de las terapias breves, de las que precisamente el paciente debe emerger reconfortado y reafirmado en sus capa-

cidades yoicas y recuperando su facultad resolutiva en las situaciones de conflicto.

De esta manera observamos que, en tanto que en la psicoterapia de apoyo propiamente dicha o "pura" las medidas de apoyo fomentan la dependencia regresiva en el paciente y a la vez se valen de ésta para ejercer su efecto, mientras el terapeuta asume un rol protector-autoritario (empleando, por ejemplo, intervenciones directivas) que suele fomentar la idealización de su figura, en esta otra forma de reaseguramiento yoico la actividad del terapeuta se orienta en cambio hacia la estimulación de las capacidades autónomas del paciente, señalando en éste sus rendimientos yoicos adecuados, en lugar de promover una relación dependiente. Es decir que se parte de los recursos que el paciente verdaderamente posee, y al señalárselo ello promueve en él un sentimiento de reafirmación o reaseguramiento que puede obrar no solo fortaleciendo sino también activando diversos funcionamientos yoicos.[18] Asimismo esta actitud terapéutica no impide, como se desprende de lo que señalan Greenson y Wexler, el análisis de aspectos inconscientes del paciente, incluyendo el de mecanismos de defensa neuróticos del yo.

Las psicoterapias dinámicas, incluidas las de objetivos y tiempo limitados, son en su mayoría el resultado de una reunión de elementos propios de una técnica de *insight* con estos otros elementos, reforzadores y estimuladores de determinadas funciones del yo.[19] Pero es menester que dichas psicoterapias se traduzcan en una combinación ante todo coherente de intervenciones y que deberá fundarse en una adecuada comprensión psicodinámica del proceso terapéutico.[20]

[18] Se comprende que el fortalecimiento de funciones yoicas durante el tratamiento está dado en realidad no solo por las intervenciones verbales del terapeuta, sino, como lo expresa Fiorini, por la creación de todo un *contexto de verificación y estimulación* de esas funciones (12)

[19] Deben activarse muy especialmente las funciones yoicas del paciente esenciales para la labor terapéutica, tales como la percepción, la atención, la memoria, etc., activación que adquiere mucha importancia porque acelera y facilita el camino hacia el *insight*. El terapeuta que ejerce una participación activa y no se limita a apelar a recursos verbales (su expresión corporal, por ejemplo, desempeña un papel fundamental en la interacción con el paciente) puede lograr tales efectos, a la vez que afianza la alianza terapéutica.

[20] Una planificación estratégica coherente debe prestar atención a la actitud a asumir ante las defensas del paciente. Aquellas que en un momento dado

Diremos entonces que las terapias breves son en su enfoque y en la práctica con mucho más frecuencia "mixtas", en vez de ser puramente interpretativas, o reforzadoras del yo-no interpretativas, o aun exclusivamente de apoyo en el sentido antes descripto, siendo esta naturaleza "mixta" una característica relevante de dichas terapias (podremos, sí, hablar de tratamientos breves *predominantemente de insight* y de tratamientos breves *predominantemente de reforzamiento o apuntalamiento yoico*, según para qué lado se incline la balanza en cada caso).[21]

Fiorini proporciona algunos buenos ejemplos de las diversas intervenciones capaces de apuntalar y activar el funcionamiento yoico (12). Para este autor el prototipo de la actividad terapéutica en estos tratamientos está representado por una tarea en "doble frente", en la cual se tienen presentes siempre "las partes sanas" del paciente y por ende no solo se hace mención de sus aspectos infantiles, regresivos o patológicos, sino también de sus aspectos adultos, progresivos y sanos, manteniendo cierto equilibrio en las referencias a unos y otros (12) (13).[22]

---

son "atacadas" interpretativamente no deben pasar en seguida a ser respetadas o aun reforzadas por el terapeuta, o viceversa. Es necesario además no incurrir en contradicciones tales como alternar intervenciones que propendan a estimular el autodesenvolvimiento con otras que favorezcan la dependencia regresiva. En este aspecto cabe advertir que las mismas intervenciones empleadas con una intención confirmatoria y reaseguradora para estimular en el paciente la autonomía y la progresión pueden paradójicamente fomentar la dependencia si se convierten, por ejemplo, en halago innecesario o no reflejan la real eficacia de los rendimientos yoicos y los logros del paciente, exagerándolos.

[21] La combinación de recursos de raíz psicoanalítica con otros de distinto origen, en realidad ya fue, como antes vimos, concebida por Freud en 1918. Refiriéndose a la composición de una "psicoterapia para el pueblo", proponía mezclar "el oro puro del análisis" con "el cobre de la sugestión directa" (26).

[22] A esta altura es necesario señalar que la moderna psicología del yo suministra elementos sumamente útiles para la teoría y la práctica de las terapias breves. Insuficientemente arraigado en nuestro país, donde no cuenta todavía con una verdadera tradición investigadora, el enfoque yoico se emplea en cambio ampliamente entre los estadounidenses, de los que provienen sus principales desarrollos.

Ocuparnos aquí de la psicología del yo excede los límites de esta presentación. El lector interesado podrá recurrir a sus fuentes principales, las obras de Hartmann, A. Freud, Kris, Loewenstein, Rappaport, White, etc. Aquí solo diremos que Bellak y Small le asignan gran valor en la psicoterapia breve y de

Focalizacion

La labor terapéutica en P.B. está "enfocada" hacia determinada problemática del paciente, que adquiere prioridad dada su urgencia y/o importancia, en tanto se dejan de lado las demás dificultades. Se trata de otra característica sustancial de este tipo de terapia, también llamada por ello *focal* (40), que permite distinguirla de la técnica psicoanalítica corriente, la cual no opera con un modelo conceptual de *foco* (véase "El foco", pp. 55 a 62).

Multiplicidad de recursos terapéuticos

He aquí otro aspecto destacable de la P.B. (14) (48) (55). Estos procedimientos admiten —y con frecuencia requieren— el agregado de diversos elementos terapéuticos, lo que los aleja aun más del encuadre y los cánones psicoanalíticos.

Todo recurso que haya demostrado ser útil en el campo de la terapéutica psiquiátrica podrá incorporarse eventualmente al tratamiento, en virtud de la necesidad de alcanzar los objetivos terapéuticos; así, además de los distintos tipos de intervenciones verbales no interpretativas (señalamientos, sugerencias, suministro de información, intervenciones de

---

emergencia: "Presentar el yo como una entidad sola —dicen— niega la interrelación entre el yo y las otras psicodinámicas. A pesar de estos inconvenientes la esquematización de las funciones del yo y de sus perturbaciones tiene un valor práctico porque ofrece un marco de referencia para el diagnóstico y para el tratamiento"(6).

En nuestro medio y en el terreno de las psicoterapias, Fiorini ha llamado nuestra atención sobre este enfoque (10) (12) (13) (14), basándose sobre todo en los importantes desarrollos de Hartmann (33) (34) y los más recientes de White (53).

La utilidad de una evaluación de las funciones yoicas en P.B. va siendo reconocida en nuestra práctica asistencial, tanto con fines de diagnóstico, indicación y pronóstico, como para la planificación estratégica y la conducción del proceso terapéutico. Puede además contribuir considerablemente al desarrollo y sistematización de métodos de evaluación de resultados terapéuticos. Estos temas serán objeto de revisión en los sucesivos capítulos.

Pero es especialmente en lo que respecta a las hipótesis acerca de los mecanismos terapéuticos de cambio operantes en las técnicas breves donde la psicología del yo pueda tal vez prestar un nuevo y valioso auxilio (12) (13). En este sentido, las perspectivas actuales son muy promisorias.

reaseguramiento, etc.), podrán anexarse a la psicoterapia individual otros elementos tales como psicodrogas, técnicas grupales, comunitarias, etc., cuyas perspectivas de inclusión corren parejas con los progresos que en el quehacer científico se registran en el empleo de los distintos recursos psicoterapéuticos; es sumamente valiosa la participación de otros profesionales de la salud mental (psicólogos, psicopedagogos, asistentes sociales, terapistas ocupacionales, etc.) en los tratamientos, en una tarea efectuada en equipo.[23]

Los distintos instrumentos psicoterapéuticos deben implementarse coherentemente, siempre con adecuada comprensión y fundamentación psicodinámica. La inclusión de dichos instrumentos depende además de la mayor o menor *flexibilidad* del terapeuta y de su capacidad para intentar, creativamente, combinaciones terapéuticas armónicas y eficaces.

Planificación

Es otro rasgo de la P.B. que la distingue netamente del psicoanálisis. Junto a las metas y a la duración del tratamiento se fijan las pautas fundamentales del proceso terapéutico, que comprende un plan de tratamiento previo al desarrollo del mismo y que llega a cubrir hasta la etapa final de evaluación de resultados (véase cap. 5).

[23] Todas estas posibilidades se dan más fácilmente en instituciones asistenciales y servicios hospitalarios donde, por diversos motivos, no siempre se aprovechan debidamente. La labor realizada por un equipo de profesionales, en especial, abre perspectivas auspiciosas, por más que, conviene señalarlo, sean más complejas en lo que a conceptualización de los mecanismos terapéuticos operantes se refiere.

Cuadro comparativo de algunas características teórico-técnicas del psicoanálisis y de la psicoterapia breve psicoanalíticamente orientada

A manera de síntesis y pese a las limitaciones que supone todo esquema, será útil a esta altura exponer en un cuadro las características de uno y otro procedimiento, a fines de lograr una visión que nos facilite la discriminación entre ambos (véase p. 54).

Otros conceptos de especial aplicación en psicoterapia breve (situación-problema, foco, punto de urgencia e hipótesis psicodinámica inicial)

Una prueba más de la confusión reinante en el terreno teórico de la P.B. es la imprecisión con que los profesionales emplean corrientemente algunos términos, tales como foco o punto de urgencia. Estos, que forman parte de una jerga característica de las terapias breves, no siempre pueden distinguirse con facilidad entre sí. Ante la necesidad de lograr una conceptualización teórica suficientemente clara, intentaré, a manera de propuesta, precisar su significado con vistas a obtener un mayor discernimiento.

Describiré sucesivamente: a) *La situación-problema*; b) *El foco*; c) *El punto de urgencia* y d) *La hipótesis psicodinámica inicial*. Diré sobre todo qué entiendo personalmente por cada uno de estos términos, y estableceré tanto las diferencias fundamentales como las relaciones que existen entre ellos.

a) La situación-problema

Con esta denominación intento indicar que se trata de *una situación que se hace presente en la vida del individuo, frente a la cual y a causa de su acción descompensadora surgen o pueden surgir en él dificultades de índole psíquica que obran como obstáculos para alcanzar un desenvolvimiento y desarrollo adecuados.* La situación-problema —o *situación crítica, situación-obstáculo, situación desencadenante*, etc.— puede

		Psicoanálisis	Psicoterapia breve de orientación psicoanalítica
Fines terapéuticos		La exploración del inconsciente. Resolución de conflictos básicos y sus derivados. Reestructuración de la personalidad	Limitados. Superación de síntomas y problemas actuales.
Duración		Prolongada. Indeterminada.	Limitada. Habitualmente prefijada.
TECNICA	Labor con los conflictos	Concierne especialmente a conflictos básicos	Se limita habitualmente a conflictos derivados
	Regresión. Dependencia	Son favorecidas	No son favorecidas
	Desarrollo y análisis de neurosis de transferencia	Sí	No
	Análisis de resistencia	Intensivo	Limitado
	Insight	Sí	Sí. Limitado. Referido sobre todo al "afuera". Más cognitivo que afectivo
	Elaboración	Sí	No. Procesos generadores de cambios
	Fortalecimiento y activación de funciones yoicas	No (o bien escaso)	Sí
	Focalización	No	Sí
	Multiplicidad de recursos terapéuticos	No	Sí
	Planificación	No	Sí

ser provocada por sucesos tales como un examen, un viaje o una intervención quirúrgica próximos, la pérdida de un ser querido, un accidente, una crisis evolutiva como la de la adolescencia, un embarazo, el nacimiento de un hijo, un cambio de trabajo, etc. Implica entonces la referencia a *hechos que son manifiestos y objetivables*. Con relación a éstos y como consecuencia de una falta de resolución favorable, aparecen en el sujeto inhibiciones y síntomas diversos (ansiedad, miedo, depresión, trastornos corporales, etc.) que suelen constituir el motivo (manifiesto) de consulta y que podrán o no ser conectados por el paciente —y el terapeuta— con las situaciones-problema que en realidad los provocan.[24]

La existencia de *una o más situaciones actuales* de esta naturaleza, puede ser detectada con asiduidad en una gran parte de los pacientes que solicitan asistencia psiquiátrica y que son pasibles de ser tratados por medio de la técnica breve.

b) El foco

Es este quizás uno de los elementos más característicos y distintivos de la actual P.B. Muchos autores, entre los que se destacan Stekel (50), F. Deutsch (8), Alexander (5), French (5), Wolberg (55), Bellak (6), Small (6) y Malan (40), han señalado la conveniencia de focalizar, es decir, de concentrar la labor terapéutica en determinado síntoma, problemática o sector de la psicopatología del paciente. Pero fue sobre todo Malan, junto con Balint, quien se ocupó más exhaustivamente del foco terapéutico y promovió la denominación de terapia "focal" (40). Entre nosotros cabe citar muy especialmente a Fiorini, a quien debemos el desarrollo de un modelo conceptual de foco (11).

[24] El caso de una joven que consultó por la angustia y las vacilaciones que le despertaba un reciente embarazo ilustra acerca de una relación establecida automáticamente entre los síntomas y la situación que les da origen (Véase cap. 7). Otra paciente notó que sus antiguos vómitos se exacerbaron desde que se produjo la ruptura de su pareja (caso de J., cap. 13). Un hombre asistió a la consulta al experimentar un incremento de su angustia y sin llegar a vincular conscientemente tal estado con el nacimiento de su primer hijo, acaecido pocas semanas atrás y que resultó ser el factor desencadenante principal (caso de A., cap. 13).

Al propiciar una centralización de la tarea, la focalización contribuye a hacer más efectiva la actividad terapéutica en función de las metas seleccionadas y en una terapia de duración limitada; pero no solo la justifica una limitación temporal: la técnica focal también es adecuada en aquellos pacientes que pueden realizar psicoterapias sin plazo fijo de terminación e incluso prolongadas, en las cuales, por diversos motivos (edad avanzada, por ejemplo) el tratamiento psicoanalítico está contraindicado. El terapeuta puede circunscribirse entonces a ciertos problemas del paciente realizando un abordaje interpretativo sectorial y respetar el resto de su organización patológica y de las áreas de su vida.

Trabajar con una técnica de "enfoque" implica entre otras cosas (40): a) mantener coherencia y operatividad respecto de la fijación de objetivos terapéuticos prioritarios, b) planificar el tratamiento, c) combatir la pasividad y el perfeccionismo del terapeuta, d) contrarrestar el desarrollo de la neurosis de transferencia (hay una constante orientación hacia *la realidad* y *lo actual* del paciente).

Con todo, la noción de foco es todavía, como lo señala Fiorini (11) (13), sumamente ambigua y se confunde con la situación de crisis (situación-problema), los síntomas que motivan la consulta, los puntos de urgencia, las metas del tratamiento, etc. Es evidente que no ha resultado sencillo hallar y adoptar mayoritariamente una definición que exprese en forma plena la naturaleza y significado del foco. La que formuló Malan, en el sentido de que es "la interpretación esencial sobre la cual se funda toda la terapia" (40), tampoco es, a mi juicio, totalmente aclaratoria, ya que, al revestir un carácter técnico, no explica en qué consiste o cómo está constituido el foco. Comenta Fiorini: "La diversidad de significados que puedan atribuirse a la noción de foco ilustra acerca del estado actual de la teoría". Y agrega: "Sin un esfuerzo de precisión y delimitación riguroso de sus conceptos básicos no es posible construir una teoría con cierto grado de verificabilidad" (13).

¿Qué debemos entender, en definitiva, por foco? ¿Cómo surge, se configura y delimita en la práctica psicoterapéutica? Procuraré hallar mis propias respuestas a estas preguntas.

El foco debe concebirse primordial y esencialmente desde una perspectiva psicopatológica. En este sentido *ha de estar dado por una estructura integrada por los distintos factores intervinientes en la génesis de la que ha sido escogida como la problemática central del tratamiento (una determinada situación-problema y las manifestaciones sintomatológicas con ésta ligadas), constituyendo a la vez una hipótesis o conjunto de hipótesis del terapeuta respecto de los mecanismos operantes dentro de dicha problemática, o sea de la compleja interacción existente entre los factores.* Podemos considerar que actúa a la manera de un artificio teórico-técnico, especialmente válido para estos procedimientos, por medio del cual se intenta, básicamente, delimitar zonas de la problemática general del paciente y/o episodios de su vida, para dirigir preferentemente ahí, a partir de ese momento, la exploración terapéutica, en tanto ésta responde a una finalidad también limitada y preestablecida.

El modelo teórico de foco que desarrolló Fiorini es de gran utilidad práctica. Recordaremos sucintamente la *estructura del foco* propuesta por este autor: en la práctica terapéutica todo foco tiene un eje central que generalmente está dado por el motivo de consulta (síntomas, situación de crisis). Subyacente y ligado al motivo de consulta hay un *conflicto nuclear* exacerbado, el que se inserta en *una situación grupal específica*. Motivo de consulta, conflicto nuclear subyacente y situación grupal son aspectos "de *una situación* que condensa un conjunto de determinaciones" y en la que un examen analítico nos permite distinguir zonas con diversos componentes: *aspectos caracterológicos del paciente, aspectos histórico-genéticos individuales y grupales reactivados*, así como también una zona que concierne al *momento evolutivo* individual y grupal y otra de *determinantes del contexto social más amplio*, con la que también se vinculan todos los componentes citados. Estos diversos componentes se encuentran actualizados y totalizados por la situación (11). Veamos un ejemplo a partir del caso de la maestra antes citado.

Esta mujer, de treinta y un años, soltera, maestra rural de una escuela primaria situada en el sur argentino, que se encontraba transitoriamente en Buenos Aires, consultó en un servicio psiquiátrico hospitalario por haber presentado episodios de paresia de ambos miembros inferiores, seguidos en una ocasión de un desmayo. Como el examen médico no reveló alteración orgánica alguna, el diagnóstico se orientó hacia una afección esencialmente psíquica. Paralelamente se hallaba de-

primida. Por otra parte, manifestó que tenía problemas de adaptación en el trabajo, ocasionados por la mala relación que mantenía con la directora de la escuela, que estaba pasando por un período de extrema tirantez y que la hacía sentirse muy exigida y aun acosada por aquélla. Los síntomas, claramente vinculados con tal situación, habían aparecido tras agrias discusiones con la directora. La madre de ésta, por otra parte, había padecido una enfermedad crónica, con parálisis de los miembros inferiores, falleciendo un año atrás.

Se descubrió que los síntomas y la situación desencadenante que constituían el *motivo de consulta* correspondían a un conflicto de la paciente con figuras femeninas de autoridad, evidenciable a través de distintas experiencias de su vida. Este es el *conflicto nuclear*.

La paciente residía en un lugar muy distante de su medio familiar. Tiempo atrás se había alejado del lado de su madre —con quien vivía en el norte del país y a la que describió como una mujer sumamente autoritaria y despreciativa para con ella— y se radicó en el sur, donde se hizo cargo de su labor docente. Todos sus hermanos (tres mujeres y dos varones) habitaban a su vez en diferentes sitios del país. Su padre, alcoholista crónico, se había ausentado del hogar cuatro años atrás y se ignoraba su destino. Se trataba, entonces, de una familia que respondía al tipo esquizoide (7), con sus miembros distantes y dispersos o aun desaparecidos, como en el caso del padre. Todo esto forma parte de la *situación grupal*.

Si intentamos precisar los componentes de esta situación, vemos que:

a) Entre los *aspectos caracterológicos* en juego se destacaba el conflicto suscitado ante una instancia superyoica muy severa, junto a una búsqueda regresiva oral de afecto a través de sus conversiones (identificación con la madre de la directora —cariñosamente cuidada por ésta hasta su muerte—, movida por el deseo de ser tratada de igual modo; obtención de beneficios secundarios de sus síntomas, al ser asistida por las demás maestras, representantes de los hermanos, todos los cuales eran también maestros).[25] Los principales mecanismos

[25] Quizá la paciente, a través de su paresia, expresaba también que así no podía seguir ni dar "un paso más", a la manera de Isabel de R., la paciente de Freud (23).

defensivos empleados en estas circunstancias fueron la represión, la regresión, la proyección y la conversión. Presentaba rasgos histéricos de carácter, sobre una estructura que impresionaba básicamente como melancólica. Las funciones yoicas estaban en general debilitadas, aunque conservaba cierta eficiencia en su trabajo y revelaba suficiente tolerancia al dolor como para afrontar una psicoterapia de *insight*. Su autoestima se hallaba muy disminuida.

b) Dentro del *momento evolutivo individual y grupal* cabe destacar que su migración, realizada con objeto de lograr un desprendimiento respecto de su madre y liberarse de su opresión, trajo por lo pronto un incremento de sus carencias afectivas y de su sentimiento de soledad e inseguridad en el nuevo medio, en el que le costaba hacerse de amigos, cuando se hallaba más necesitada de reafirmarse en su tentativa de emancipación. A los 31 años su falta de pareja y sus fracasos amorosos anteriores incidían especialmente aumentando su angustia y favoreciendo el desarrollo de mecanismos regresivos, en una búsqueda neurótica de afecto. La desconexión existente entre casi todos los miembros del grupo familiar y sobre todo la desaparición del padre contribuían a hacer de éste un muy difícil momento para la paciente.

c) Sus condiciones económicas precarias eran otro factor apremiante que la obligaba a un rápido restablecimiento para poder reintegrarse al trabajo (se hallaba en uso de licencia), que era su único medio de vida, al tiempo que fundamental para el mantenimiento de su autoestima (el magisterio era altamente valorado dentro de su medio social). Por otra parte experimentaba un sentimiento de inferioridad ante las demás docentes, ya que se sentía víctima de los prejuicios existentes contra los denominados "cabecitas negras". Son estos los *determinantes del contexto social*.

Por mi parte, entiendo que básicamente, e intentando una síntesis, el foco, organizado siempre en torno a una situación-problema y a los síntomas provenientes de ésta, reconoce en su conformación una conflictiva subyacente más o menos amplia y compleja a la que podemos llamar *conflictiva focal*, con un *conflicto infantil y primario*, edípico o preedípico, al que remite en última instancia dicha conflictiva y que viene a constituir el nudo de la estructura focal (véase *La labor con los conflictos*, pp. 33 a 35). En el ejemplo antes citado la *conflictiva focal* está representada fundamentalmente por conflictos

derivados que encuentran su expresión en el medio laboral, en el que la paciente repite aspectos de sus relaciones familiares (en especial con la directora) y que se han originado a partir de un *conflicto primario* con la figura materna, enraizado en fijaciones edípicas y preedípicas a la misma.

La *elección* por parte del terapeuta de una situación-problema y del foco consiguiente para su abordaje preferencial en un tratamiento breve depende, entre varios factores, de sus criterios personales y experiencia previa. Estos gravitarán en sus impresiones acerca de la patología del paciente, sobre todo en lo que atañe a la determinación de aquellas perturbaciones a las que otorgará prevalencia y que podrán ser tratadas con posibilidades de éxito terapéutico en las condiciones con que cuente para llevar adelante el tratamiento. Eventualmente, ante un mismo caso y en un mismo momento, dos o más terapeutas podrán llegar a diferir en la elección.[26]

Al comenzar toda terapia focal, deberá contarse por lo menos con un *esbozo de foco terapéutico inicial*, conformado a partir de los hallazgos obtenidos en oportunidad de las entrevistas clínicas y el psicodiagnóstico. Cuanto más temprana y claramente demarcable sea el foco en una terapia breve, mejor será el pronóstico del tratamiento, pues permitirá una labor más efectiva. Muchas veces, en un comienzo los límites focales son imprecisos.[27] Durante el proceso terapéutico se suele asistir a una "evolución" de ese mismo foco, por la cual, en virtud de la técnica de "enfoque" empleada, dicho foco no solo se va delimitando mejor, es decir que cristaliza, sino que también el terapeuta logra una *profundización* en la comprensión de sus psicodinamismos.[28] Un criterio psicoanalítico de investigación de todo foco ha de otorgar jerarquía al reconocimiento de las

[26] Creo que tanto más fácil y frecuente que este hecho es que en psicoanálisis los analistas no coincidan frente a un caso y opten por diferentes líneas interpretativas, lo que puede comprobarse en las supervisiones colectivas.

[27] En un sentido estricto siempre lo son. La conflictiva focal tiene en realidad múltiples conexiones, evidentes o no, con los conflictos "extrafocales", no existiendo nunca como fenómeno aislado e independiente del resto.

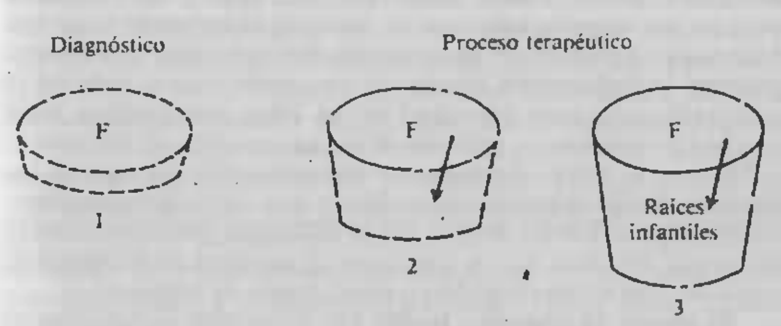
[28] La técnica focal, con las secuencias en la interacción paciente-terapeuta que posibilitan la evolución del foco, fue expuesta con claridad por Malan (40). No insistire por lo tanto en este punto. Un ejemplo del trabajo sobre el foco en la sesión psicoterapéutica podrá hallarse en el cap. 7.

El caso de J. (cap. 13) ilustra acerca de la profundización en el foco a medida que evoluciona el tratamiento. Por último, en el cap. 6 (pp. 116 a 120) se

raíces infantiles de la conflictiva focal, aunque no por ello ha de desembocar forzosamente en la tentativa de proporcionar *insight* al paciente acerca de las mismas, lo cual dependerá, como ya vimos en parte (p. 35), de diversos factores en juego.

La evolución habitual del foco con la labor terapéutica puede esquematizarse como se observa en el esquema de p. 62.

A veces hay que cambiar el foco y las metas terapéuticas en *pleno tratamiento*. Ello puede ocurrir: a) ante el surgimiento de situaciones nuevas, imprevistas y traumáticas atravesadas por el paciente, las que obligan a un replanteo y a posponer la tarea programada inicialmente; b) ante revelaciones del paciente, durante la terapia, de ciertos sucesos o padecimientos de importancia que omitió mencionar deliberada o involuntariamente en un comienzo y que hacen aconsejable modificar tanto el foco como los objetivos;[29] c) como circunstancia habitual en los estadios finales del tratamiento, frente a la inminente separación de paciente y terapeuta. En torno a la terminación se va perfilando un nuevo foco –frente a la signifi-



1. Límites borrosos en un comienzo

2 y 3. El foco va delimitándose más claramente en superficie (puede ser —relativamente— aislado de otras conflictivas) y creciendo en profundidad.

examina la labor de focalización en relación con los tipos de atención empleados por el terapeuta a tal efecto.

[29] Cabe advertir que en ocasiones el paciente se refiere también a problemas "extrafocales" con la intención de eludir el problema central, lo que puede ser señalado por el terapeuta como una resistencia.

cación singular que ésta pueda alcanzar en cada paciente, dadas su historia y características personales que se superpone primero al anterior en el proceso terapéutico y puede después ocupar un primer plano excluyente.

c) El punto de urgencia

Este concepto, ya conocido dentro de la técnica psicoanalítica, reviste también gran importancia práctica en P.B. A mi entender, el punto de urgencia *corresponde a la situación psíquica inconsciente de conflicto que, por la acción de factores actuales, predomina en el sujeto en un momento dado, siendo motivo de determinadas ansiedades y defensas.* Por ejemplo, temor inconsciente a ser abandonado por el terapeuta, que genera un incremento de la angustia y una reacción defensiva de desprecio y hostilidad hacia él.[30]

La detección del punto de urgencia conduce a menudo, como su denominación lo sugiere, a obrar terapéuticamente de inmediato sobre el mismo; de ahí su valor clínico. Su búsqueda parte de un interrogante que se formula el terapeuta: ¿a qué obedece la ansiedad del paciente en *ese momento*? Presupone entonces la indagación acerca de un punto crítico que, en lo inmediato, adquiere prioridad en la labor terapéutica pues moviliza ansiedades y produce descompensación en el paciente. Hacia ese punto deberán en consecuencia orientarse las distintas medidas terapéuticas. Interesan sobre todo las interpretaciones: el hecho de que éstas obtengan una repercusión emocional efectiva en el paciente dependerá fundamentalmente de que estén dirigidas o no al punto de urgencia.

El punto de urgencia puede ser inherente al foco (*focal*) —al subyacer directamente a la situación-problema o estar ligado a hechos que atañen de algún modo a la conflictiva focal— o relativamente ajeno a él (*extrafocal*). Esto último sucede con frecuencia, siendo, por ejemplo, el caso de las

[30] El concepto de punto de urgencia ha sido muy empleado por la escuela inglesa. Por ello, al adoptar aquí esta denominación, cabe aclarar que se utiliza en un sentido que no involucra una labor interpretativa que remita necesariamente a las fantasías tempranas infantiles descritas por M. Klein.

situaciones inesperadas de emergencia (la muerte de un ser querido, un robo, etc.) que suelen presentarse durante el tratamiento, afectando al paciente, y que caen "fuera de foco". También en esas ocasiones es impostergable atender al punto de urgencia, auxiliando al paciente; pretender continuar trabajando en ese momento sobre la conflictiva focal, forzando al paciente, a pesar y por encima de la ansiedad que esa situación imprevista provoca en él, es una obstinación que, además de revelar falta de sentido común, produce un resultado ineficaz. Precisamente, para poder volver a ocuparnos de un modo productivo de la problemática principal del tratamiento, tendremos antes que despejar el campo de los estímulos traumáticos que impiden circunstancialmente que el paciente pueda centrar su interés en aquélla y que perturban así la focalización de la labor terapéutica. Solo cuando haya renacido la calma podrá el paciente recuperar la capacidad de concentración focal necesaria.

Mientras que un tratamiento breve suele desarrollarse sobre la base de una sola estructura focal (11) o, a lo sumo, de dos focos (toda vez que se tome en cuenta el que concierne a la separación dada por la conclusión de la terapia), el punto de urgencia es, por el contrario, variable. En realidad, deberíamos emplear el plural y decir *los puntos* de urgencia, pues son varios los que se suceden desde las entrevistas iniciales[31] hasta las etapas finales del tratamiento. Dichos puntos son diferentes entre sí, aun cuando, en su mayor parte, se incluyan dentro de una misma conflictiva focal.[32] Tal variabilidad se debe a la influencia de diversos estímulos procedentes del mundo interno y externo del paciente. Entre estos últimos distinguimos: a) los que son propios de su vida cotidiana y b)

[31] Los primeros puntos de urgencia detectados en ocasión de los contactos iniciales con el paciente corresponden a *los motivos latentes de consulta*.

[32] Basta pensar en una terapia focal centrada en las ansiedades del embarazo y en la sucesión de distintos puntos de urgencia "intrafocales" que aparecen paralelamente a la evolución de aquél, tales como: los que provienen del temor a la pérdida del hijo por aborto espontáneo en los primeros meses; el temor al hijo como ser desconocido, que se reaviva con la percepción de los movimientos fetales, lo que además moviliza mecanismos defensivos, principalmente maníacos; el miedo, frecuentemente inconsciente, a morir durante el parto, que aparece en los días previos a éste, etcétera (49).

los que provienen de la actividad terapéutica. En relación con los estímulos citados en b) es deseable en cierta medida que el punto de urgencia se vaya modificando, ya que ello puede ser índice de una útil movilización afectiva producida por la actividad terapéutica.

d) La hipótesis psicodinámica inicial

También es llamada hipótesis psicodinámica mínima (40), formulación psicodinámica (55), formulación psicodinámica temprana (17), etcétera.

En mi concepto la hipótesis psicodinámica inicial puede entenderse como *un esbozo reconstructivo de la historia dinámica del paciente, un intento de comprensión global de su psicopatología que tiende a incluir todas las perturbaciones de aquél que nos sean conocidas (40) (entre las que se destacan las correspondientes al foco) y que se constituye a partir de los datos que aportan las primeras entrevistas y el psicodiagnóstico.*

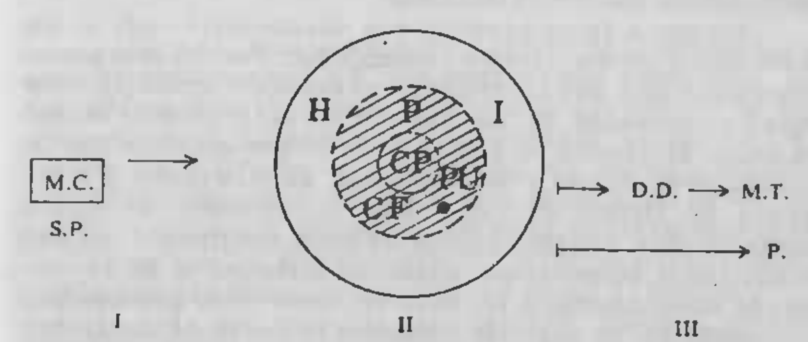
La concepción de esta hipótesis psicodinámica inicial está regida por las teorías psicoanalíticas (determinismo psíquico, sobredeterminación, series complementarias, etc.). Tiene carácter provisional, pues es susceptible de ser confirmada, ampliada o rectificada sobre la base de los hallazgos obtenidos durante el tratamiento.

Mientras que la estructura del foco se organiza reducida y exclusivamente en torno a una determinada situación-problema de la vida actual del paciente, atendiendo solo a ciertos sectores de su psicopatología, la hipótesis psicodinámica inicial, tal como la concibo, es más abarcativa y *engloba incluso la hipótesis focal*.[33] Podríamos decir que mientras que el foco apunta más específicamente *al campo de las situaciones sobre las que se deberá obrar terapéuticamente intentando modificaciones y resoluciones*, la hipótesis psicodinámica inicial alude a esto y además a los restantes conflictos —extrafocales— del

[33] En realidad el foco comprende prácticamente todos los aspectos de la existencia del paciente (histórico-genéticos, caracterológicos, etc.), pero solo en lo que atañe a la correspondiente situación-problema.

paciente, o sea *a todo lo que dinámicamente podemos comprender e inferir* acerca de éste y que no necesariamente intentaremos modificar.

La elaboración de una hipótesis psicodinámica inicial por parte del terapeuta o del equipo terapéutico permitirá: a) extraer elementos suficientes para una devolución diagnóstica (DD) al paciente (véase cap. 4, pp. 88 y 89), la que a su vez pone en marcha la búsqueda de convenios con éste sobre las *metas terapéuticas* (MT) y b) desarrollar una *planificación* (P) del tratamiento (véase cap. 5), consecuente con la hipótesis formulada y los objetivos seleccionados.



En la primera entrevista puede precisarse el motivo de consulta (M.C.) y —habitualmente— la situación-problema (S.P.) en torno a la que ha de concebirse el foco.

Las entrevistas diagnósticas subsiguientes y el psicodiagnóstico nos llevan a formular una hipótesis psicodinámica inicial (H.P.I.) que incluye la elección y delimitación de un foco (sombreado en el esquema) y la detección del punto de urgencia (P.U.)
C.F.: conflictiva focal.
C.P.: conflicto primario.

H.P.I. posibilita una devolución diagnóstica (D.D.) y el convenio con el paciente sobre las metas terapéuticas (M.T.) a la vez que una planificación (P) del tratamiento.

Resultados y mecanismos terapéuticos

La experiencia clínica ha demostrado que con el método breve es posible obtener efectos terapéuticos altamente beneficiosos y perdurables, que pueden verificarse por medio de seguimientos. Malan sostiene que se pueden lograr buenos resultados en una amplia variedad de los casos, los cuales no se reducen a los pacientes cuya psicopatología es leve y sus síntomas recientes (40).

Los resultados positivos, que abarcan desde el puro alivio o la eliminación de la ansiedad y de otros síntomas, hasta modificaciones en la estructura de personalidad, deben investigarse con criterio dinámico.

Frente a tales cambios nos planteamos cuál es su naturaleza íntima, alcance y estabilidad. Pero en este punto deseo formular una advertencia: no debemos perder de vista que los resultados, en cada caso, deben ser evaluados inicial y primordialmente en relación con lo que acontece con la situación-problema y sus síntomas; de otro modo, y a los fines de investigar el grado de eficacia de estos tratamientos, nuestra actitud no sería congruente con sus finalidades terpéuticas, mientras busquemos lo que no atañe directamente a las mismas, error en el que muchos incurren. En un segundo momento se podrá, sí, concertar el interés en la indagación de modificaciones que trasciendan las metas terapéuticas fijadas.

Entre los *resultados favorables* que se registran podemos mencionar:

1. El alivio o supresión sintomática.
2. Cambios en relación con perturbaciones propias de la situación-problema (superación de inhibiciones, desenvolvimiento más adecuado y eficaz, adquisición o recuperación de capacidad resolutiva).
3. Adquisición de conciencia de enfermedad psíquica.
4. Elevación, recuperación o autorregulación de la autoestima.
5. Otras modificaciones favorables (referentes a dificultades en diversas áreas de la vida del sujeto, tales como sexualidad, relaciones familiares, amistosas o laborales, estudios, etc., que no fueron mayormente abordadas de manera directa durante la psicoterapia).
6. Consideración de proyectos para el futuro (esbozo de planes respecto de diferentes actividades de la experiencia vital del sujeto).
7. Modificaciones en la estructura de personalidad.

La P. B. puede resultar también *absolutamente ineficaz* en ocasiones, sobre todo cuando se trata de pacientes cuya patología es grave; no son raras las *recaídas*. (El tema de los resultados terapéuticos desfavorables y los riesgos del tratamiento breve se desarrolla en el cap. 10.)

Volviendo a los resultados positivos de la terapia breve, cabe preguntarnos: ¿A qué mecanismos responden? ¿Es posible definir los procesos de cambio existentes? He aquí una cuestión que aún no se ha dilucidado totalmente y que entra en el terreno de la investigación, estando estrechamente ligada con el problema de la *estabilidad* de los cambios, o sea con el tiempo en que éstos se mantienen, y con el alcance de los mismos, esto es, la mayor o menor extensión que registran en lo relativo a áreas de conducta[35] y/o de la vida del paciente (sexualidad, trabajo, estudio, etcétera).

Es evidente la participación de *diversos* mecanismos terapéuticos en estos procedimientos, en virtud de distintos recursos y estrategias operantes (13) (14); sin duda resulta particularmente difícil todavía precisar desde un punto de vista metapsicológico ciertos procesos generadores de cambios, en relación con el tipo de actividad terapéutica desplegada.

Como no pretendo brindar aquí un panorama amplio sobre el tema, me centraré en mecanismos que, además de ser importantes en la génesis de modificaciones dinámicas y duraderas, configuran atractivos puntos de investigación. Ellos

[35] Área 1 de la mente, 2 del cuerpo y 3 del mundo externo, sobre la base del esquema de Pichon-Rivière (44).

son: el *insight* y la elaboración, temas que ya he tocado antes (pp. 42 a 47), pero que es necesario volver a considerar.

Dejaré de lado el fortalecimiento y la activación de las funciones yoicas, procesos dignos de tenerse en cuenta, pero que ya han sido muy bien descriptos por Fiorini (10) (12). Diré únicamente que no solo pueden conducir al afianzamiento de los logros obtenidos por el paciente a través de la terapia, en particular de conductas adaptativas, sino también a *otras modificaciones favorables* que suelen traducirse en un desempeño eficaz en distintas áreas de su vida, permitiendo ampliar el alcance o extensión de los cambios a partir de una elevación de su autoestima, y en un mayor desarrollo de su iniciativa personal y de las distintas capacidades yoicas. El paciente se atreve ahora a ensayar otras actitudes, a llevar a cabo acciones que antes se veía impedido de realizar por sentimientos de inseguridad y desvalorización .

Tampoco me ocuparé aquí de aquellos mecanismos dirigidos solamente a producir alivio sintomático (catarsis, sugestión, administración de psicodrogas, etc.), ni de la cura transferencial (a la que Alexander y French confieren valor terapéutico [2] [4] [16][36]) ni, por último, de cierto tipo de falsa solución del conflicto, señalado por Malan (40), que citaré luego.[37]

El *insight* en P.B. está referido fundamentalmente a los *conflictos focales del paciente*. La eficacia de dicho *insight* sería discutible porque, como hemos visto (p. 43), proviene principalmente del análisis de las situaciones de la realidad externa del paciente. La cuestión se centra en saber si confiamos o no en el valor terapéutico de un *insight* que por lo general no se cimenta en el análisis exhaustivo de la neurosis transferencial. Para algunos autores no tiene validez por ese motivo; además, al concebir —equivocadamente, en mi opinión— que el *insight* en P.B. debe ser exclusivamente de naturaleza cognitiva, le atribuyen apenas efectos superficiales adaptativos. Otros, entre los que me incluyo, le reconocen, pese a sus restricciones, una mayor efectividad. Pienso que por influjo de un *insight parcial* del conflicto derivado, el paciente puede con frecuencia lograr su resolución, también

[36] Véase cap. 10.
[37] Véase cap 11.

parcial, proveniente de la obtención de ciertas modificaciones dinámicas en el conflicto, por lo cual al menos suele disminuir en intensidad, evidenciándose clínicamente una mejoría en las dificultades concernientes a la situación conflictiva. La eficacia terapéutica, resultante de la acción de estos procedimientos, es satisfactoria para un gran número de situaciones o cuadros clínicos, aunque se cuente con la posibilidad de que se produzcan recaídas, a causa de la multideterminación de los síntomas; sin embargo, como dice Wolberg, "una solución parcial es mejor que ninguna"(55).[38]

De todos modos, el *insight* es el mecanismo gracias al cual la mejoría lograda tendrá más posibilidades de mantenerse. Suministra además conciencia de enfermedad, lo que facilitará futuras consultas, si fuesen necesarias, y ayuda a concebir proyectos vitales sobre la base del autoconocimiento, obtenido

[38] Existen diversas impresiones favorables sobre las vicisitudes que sufren los conflictos derivados en una psicoterapia dinámica, pero todavía carecemos de suficientes explicaciones metapsicológicas al respecto. En ocasión de una mesa redonda sobre psicoanálisis y psicoterapia, Wallerstein lanzó el siguiente interrogante: "¿Es posible resolver sustancialmente los conflictos derivados, o cualquier conflicto, por otro medio que no sea el psicoanálisis?" (52). En las respuestas puede advertirse que casi todos los presentes admitieron que a través de una psicoterapia de orientación psicoanalítica se logran modificaciones en los conflictos y ciertos cambios dinámicos beneficiosos, aunque no se provoque una profunda reestructuración. Según Oremland, por ejemplo, en psicoterapia asistimos a una resolución parcial o *incompleta*, que él atribuye a una *modificación del conflicto*. Define la verdadera resolución de un conflicto como "una comprensión metapsicológica plena y una elaboración de las fuerzas interactuantes" y agrega que solo es posible lograrla mediante el psicoanálisis, sobre todo por la reexperiencia y la comprensión genéticas (1). Joseph considera que, si bien se obtienen modificaciones, no sabemos qué sucede en términos de conexiones o fortalecimiento de la función integradora o sintética y de cambios en los vínculos energéticos o cargas. Para este autor los conflictos se resuelven en el sentido de que se tornan *inactivos*, a raíz de haberse modificado "alguna de las fuerzas internas que llevan a cambios energéticos y catécticos, modificaciones y equilibrios" (1).

Gillman, por su parte, sostiene que aunque en estas terapias no se alcanza una resolución de los conflictos, su fuerza relativa puede disminuir (28).

Pero también es necesario advertir que al no obtenerse una resolución sustancial de los conflictos derivados, ya que el conflicto básico no se resuelve, en ciertos momentos y por la acción de factores traumáticos, dichos conflictos pueden *reactivarse*, dando lugar a *recaídas*. Desde luego, nada —ni siquiera un tratamiento psicoanalítico exitoso— garantiza que tales recaídas puedan evitarse; por consiguiente, su aparición no debe sorprender, aunque no hay por qué creer que deben producirse fatalmente.

con el tratamiento, de posibilidades y limitaciones personales. Finalmente, la extensión y aplicación del *insight* del conflicto en el paciente a diversos contextos (elaboración) explicaría la amplitud de los cambios, reflejada en *otras modificaciones favorables* que a veces se producen.

"En la práctica [...], (la) elaboración de las resistencias puede constituir una penosa labor para el analizado y una dura prueba para la paciencia del médico. Pero también constituye parte de la labor que ejerce sobre el paciente mayor acción modificadora y la que diferencia al tratamiento analítico de todo influjo por sugestión." (27)

La frase de Freud (1914) resultaría lapidaria para quienes pretendieran concebir un proceso terapéutico de tiempo y objetivos limitados capaz de promover algún cambio dinámico en la conducta o la personalidad del paciente. Se llega entonces a las siguientes conclusiones: sin que medie un proceso de *elaboración* no es posible lograr modificaciones profundas y toda psicoterapia que no cumpla la citada condición de *elaboración* de las resistencias obra solo por sugestión. Que los analistas mantengan hoy taxativa y estrictamente tales principios es comprensible, pero sucede que algunos van aun más lejos y rechazan la opción de la terapéutica breve por considerarla *totalmente ineficaz*. Con la mera interpretación del contenido, no acompañado de un análisis intensivo y una elaboración de las correspondientes resistencias –dicen– el paciente no llegaría a alcanzar una verdadera o suficiente concientización[39] (45). Apenas lograría un *insight* "intelectual", insuficiente para que se produzcan en él modificaciones a un nivel más profundo. Esto parece ser así para la P.B. desde el punto de vista de la teoría, pero quizá la práctica de la misma nos demuestre otros hechos. No creo que en la terapéutica breve las cosas deban situarse, de modo inapelable, en un extremo: si tomamos las resistencias vemos que, en efecto, no pueden ser interpretadas rigurosamente como en psicoanálisis, pero el terapeuta se ocupa de ellas en cierta medida, a fin de reducir su intensidad, principalmente en lo que concierne a la oposición del paciente al *insight* de la problemática focal;[40] y

[39] Es decir, a reconocer como propio lo que se le interpreta acerca de él.

[40] Ya hemos visto además que Malan hace referencia a las metas terapéuticas en P.B. en términos de *"elaborar* brevemente un aspecto dado de la

no puede ser otro el camino terapéutico para lograr que el paciente tome real conciencia de sus tendencias inconscientes.

Ya en el terreno de la experiencia clínica, encontramos que son varios los investigadores que han creído reconocer la existencia de importantes cambios dinámicos en pacientes que fueron tratados con el método breve. A pesar de que al emplear dicho método no nos proponemos obtener, por ejemplo, modificaciones profundas en la estructura de personalidad, es posible observar en ocasiones, sobre todo por medio de entrevistas de seguimiento y el psicodiagnóstico (32), la presencia de cambios favorables, por cierto llamativos, de la personalidad, cuyos mecanismos no han sido explicados satisfactoriamente. Con respecto al psicodiagnóstico, resulta significativo que los estudios efectuados a poco de finalizado el tratamiento breve no registran mayor mejoría, la que suele manifestarse cuando se realizan varios años después y sin que haya mediado otro tratamiento psicoterapéutico (32). Esto nos habla de un proceso activo de cambio que tiene lugar en el paciente durante ese período.

Wolberg, uno de los autores más entusiastas respecto de los cambios que pueden esperarse de las terapias breves, peca quizá de excesivamente optimista. Afirma este autor (55) que un tratamiento corto conducido adecuadamente puede desencadenar, a partir *de la solución de un aspecto del problema del paciente, un proceso evolutivo, una reacción en serie que con el avance de los años promueve el cambio interior*, y hasta prepara *"alteraciones sustanciales de personalidad* que les abren (a los pacientes) el camino para una autorrealización más plena".[41] El final del tratamiento —dice— no tiene por qué detener el *proceso de transformación* del paciente, el cual puede continuar durante el resto de su vida. Esta circunstancia no es fortuita: es un acierto del psiquiatra que con su intervención logró liberar las *fuerzas constructivas latentes*[42] en la persona

psicopatología del paciente" (40) (las bastardillas son mías). Diversos pasajes de su obra muestran a las claras que esta "elaboración" que menciona el autor comprende también cierto análisis de las resistencias.

[41] Emplea también otros calificativos similares, tales como "transformación a fondo de la personalidad", "reajustes profundos en la estructura intrapsíquica", que no dejan lugar a dudas acerca de lo que el autor quiere decir.

[42] En otro lugar las llama "resortes y elementos sanos".

del enfermo [...]". Señala además: "*Es difícil definir lo ocurrido retrospectivamente* y todavía más difícil deducir de esa experiencia reglas precisas aplicables a otros casos". Poco más adelante continúa: "A veces se produce una reacción en cadena sin que intervenga, al parecer, *ninguna deliberación consciente* y en virtud de *fuerzas que escapan a nuestro conocimiento*. La *observación postclínica* puede revelar *amplios cambios* que apenas se adivinaban al terminarse el tratamiento". (Las bastardillas son mías.)

Wolberg reitera estas opiniones y resultados de su propia experiencia una y otra vez. También Alexander sostiene ideas similares a algunas de las que plantea Wolberg: "Lo importante es que *la cura nunca se realiza totalmente durante el tratamiento*. En éste ponemos al paciente sobre la pista, y entonces el ego asume la dirección. A veces basta eliminar un bloque emocional para que empiece a actuar el *ego* [...] etc." (2). En otro lugar expresa Alexander: "También en el psicoanálisis confiamos en las *facultades regeneradoras del ego*. Nos referimos a ellas de una manera más bien vaga, como el deseo, la voluntad del paciente de curar, o aun más vagamente, como su capacidad de cooperación." (4) (Las bastardillas son mías).

Las posibilidades de progresión son, lógicamente, variables en cada paciente y no solo dependen de sus propias potencialidades sino también de otros factores, como por ejemplo: las condiciones de su medio circundante. Dice Alexander: "Hasta dónde llegará el impulso del tratamiento es siempre un interrogante sin respuesta al finalizar un análisis,[43] pues el terapeuta carece de toda medida exacta con la cual apreciar el cambio psíquico o prever los acontecimientos futuros" (3).

Si bien aceptamos que ocurren, acaso ocasionalmente, cambios profundos incluso en la estructura de personalidad, debemos convenir en que no hay todavía respuestas que revelen la naturaleza íntima del proceso que los genera y del que hablan Wolberg y Alexander, aunque sin aportar hipótesis explicativas definidas ni tampoco recurrir, cabe aclararlo, al término *elaboración* en momento alguno, cuando mencionan esos mecanismos autónomos (2) (4) (55). Por mi parte, pienso que tales mecanismos podrían ligarse, al menos parcialmente,

[43] El autor alude aquí con esta denominación a una terapia psicoanalítica breve.

con una suerte de proceso "elaborativo" que, aunque solo fuera en pequeña escala, se desarrollaría en los tratamientos breves, contando con una etapa posterapéutica, probablemente muy importante (véanse pp.45 a 47)[44]. La labor investigadora tiene todavía mucho por delante en este campo.

[44] En realidad, las modificaciones en la estructura de personalidad podrían explicarse en parte también por ciertos hechos —acaso menos misteriosos— de la labor terapéutica. Uno de ellos, muy elemental pero no menos decisivo, ha sido señalado precisamente por Wolberg: en P.B. la necesidad de abordar interpretativamente los síntomas conduce nuestra atención de modo inevitable hacia la *estructura de personalidad* (55). Así una depresión no será igual ni tendrá el mismo significado en un carácter obsesivo que en un carácter histérico. De ahí que en cierta medida y a partir del síntoma o de la situación-problema el terapeuta deba incursionar en las perturbaciones del carácter, con señalamientos e interpretaciones que están dirigidas a las mismas. De resultas de esta acción y de la consiguiente movilización terapéutica a veces se generan algunos cambios en los dinamismos intrapsíquicos, habitualmente incompletos e insuficientes, sin la solidez de los obtenidos con el tratamiento psicoanalítico y que adquieren solo circunstancialmente una gran magnitud, pero en definitiva el paciente ya no es el mismo; no solo los síntomas se han atenuado o el conflicto focal ha quedado relativamente resuelto; también algo en él, profundamente, ha cambiado después del tratamiento.

Tal vez un elemento terapéutico de particular interés en P.B. por su probable influencia en las modificaciones de la estructura de personalidad lo constituya el empleo de interpretaciones de lo intrapsíquico, o sea las que se refieren a la relación con objetos internos, lo que debería ser motivo de una investigación más profunda, a la manera de la que el equipo de la Tavistock Clinic llevó a cabo para estudiar la relación existente entre la aplicación de interpretaciones "transferenciales" y los resultados terapéuticos obtenidos (40).

Referencias bibliográficas

1. Adler, Garma, Gumbel, Joseph, Luquet, Main, Morra, Oremland, Rangell, Thiel, Wallerstein, Zetzel, "Mesa redonda sobre psicoanálisis y psicoterapia", *Rev. de Psicoa.*, t. XXVIII, n° 1, Buenos Aires, 1971.
2. Alexander, F., "Contribuciones psicoanalíticas a la psicoterapia breve", en L. Wolberg y colab., *Psicoterapia breve*, Gredos, Madrid, 1968, cap. V.
3. –, "El principio de la flexibilidad", en F. Alexander y T. French, *Terapéutica psicoanalítica*, Paidós, Buenos Aires, 1965, cap. III.
4. –, Psicoanálisis y psicoterapia, Psique, Buenos Aires, 1960.
5. –, y French, T., *ob. cit.* en 3.
6. Bellak, L. y Small, L., *Psicoterapia breve y de emergencia*, Pax-México, México, 1969.
7. Bleger, L. S. de y J., "Grupo familiar: psicología y psicopatología", en L. Grinberg, M. Langer y E. Rodrigué, *El grupo psicológico*, Nova, Buenos Aires, 1959.
8. Deutsch, F., *Applied Psychoanalysis: Selected Lectures on Psychotherapy*, Grune and Stratton, Nueva York, 1949, *ob. cit.* en: L. Small, *Psicoterapias breves*, Granica, Buenos Aires, 1972.
9. Fiorini, H., "Delimitación técnica de psicoterapias", en H. Fiorini, *Teoría y técnica de psicoterapias*, Nueva Visión, Buenos Aires, 1973, cap. 3.
10. –, "Dinamismos y niveles del cambio en psicoterapias", en H. Fiorini, *ob. cit.* en 9, cap. 9.
11 . –, "El concepto de foco", en H. Fiorini, *ob. cit.* en 9, cap. 6.
12. –, "Las funciones yoicas en el proceso terapéutico", en H. Fiorini, *ob. cit.* en 9, cap. 8.
13. –, "Problemática actual de las psicoterapias breves", en W. R. Grimson (comp.), *Nuevas perspectivas en salud mental. Instituciones y problemas*, Nueva Visión, Buenos Aires, 1973.
14.–, "Psicoterapia dinámica breve. Aportes para una teoría de la técnica", en H. Fiorini, *ob. cit.* en 9, cap. 2.
15. French, M. T., "El fenómeno de la transferencia", en F. Alexander y T. French, *ob. cit.* en 3, cap. V.
16. –, "La dinámica del proceso terapéutico", en F. Alexander y T. French, *ob. cit.* en 3 cap. VIII.
17. –, "Planificación de la psicoterapia", en F. Alexander y T. French, *ob. cit.* en 3, cap. VII.
18. Freud, S., "Adición metapsicológica a la teoría de los sueños", en S. Freud, *O. C.*, Biblioteca Nueva, Madrid, 1948, tomo I.
19. –, 'Análisis terminable e interminable", en S. Freud, *ob. cit.* en 18, 1968, tomo I.
20. –, "Historia de una neurosis infantil", en S. Freud, *ob. cit.* en 18, tomo II.

21. –, "Inhibición, síntoma y angustia", Apéndice A. Modificaciones de opiniones anteriormente expuestas. a) Resistencias y contracarga, en S. Freud, *ob. cit.* en 18, tomo I.
22.–, "La dinámica de la transferencia", en S. Freud, *ob. cit.* en 18, tomo II.
23. –, "La histeria. 2) Historiales clínicos: Isabel de R.", en S. Freud, *ob. cit.* en 18, tomo I.
24. –, "La iniciación del tratamiento", en S. Freud, *ob. cit.* en 18, tomo II.
25. –, "La interpretación de los sueños", en S. Freud, *ob. cit.* en 18, tomo I.
26. –, "Los caminos de la terapia psicoanalítica", en S. Freud, *ob. cit.* en 18 tomo I.
27. –, "Recuerdo, repetición y elaboración", en S. Freud, *ob. cit.* en 18, tomo II.
28. Gillman, R. D., "Brief psychotherapy: a psychoanalytic view", *Amer. J. Psychiat.*, 1965.
29. Greenson, R. R., "La alianza de trabajo y la neurosis transferencial"., Ficha Asoc. Psicoa. Arg. Traducido de *The Psychoanalytic Quarterly*, V, XXXIV, 1965.
30. –, y Wexler, M., "La relación no transferencial en la situación analítica" Ficha. Asoc. Psicoa. Arg. Traducido del *International Journal of Psycho-Analysis*, vol. 50, parte 1, 1969.
31. Grinberg, L., "Psicoanálisis", en G. Vidal, H. Bleichmar y R. J. Usandivaras, *Enciclopedia de Psiquiatría*, El Ateneo, Buenos Aires, 1977.
32. Harrower, M., "Cómo ve el tratamiento breve un psicólogo clínico", en L. Wolberg y col., *ob. cit.* en 2, cap. X.
33. Hartmann, H., *Ensayos sobre la psicología del yo*, Fondo de Cultura Económica, México, 1969.
34. –, *La psicología del yo y el problema de la adaptación*, Pax-México, México, 1961.
35. Hoch, P. H., "Psicoterapia breve frente a psicoterapia prolongada", en L. Wolberg y col., *ob. cit.* en 2, cap. III.
36. Karno, M., "Communication, Reinforcement and *Insight*. The Problem of Psychotherapy Effect", *Am. J. Psychother.*, 1965, 19, citado por H. Fiorini, ob. cit en 9, cap. 2.
37. Knobel, M., "Psicoterapia breve en la infancia", *Cuaderno de la SAPPIA*, n° 2, *Psicoanálisis y psicoterapia breve en niños y adolescentes*, Kargieman, Buenos Aires, 1971.
38. Laplanche, J. y Pontalis, J., *Diccionario de psicoanálisis*, Labor, Barcelona, 1971.
39. Lewin, B. D., *The Psychoanalysis of Elation*, Norton, Nueva York, 1950. Citado por S. Novey, "El principio de la 'elaboración' en psicoanálisis", Ficha Asoc. Psicoa. Arg., tomada de *Journal of the American Psychoanalytic Association*, vol. 10, n° 4, oct. 1962.

40. Malan, D. H., *A Study of Brief Psychotherapy*, Tavistock, Londres; Charles Thomas, Springfield, Illinois, 1963. (Vers. cast.: *La psicoterapia breve*, Centro Editor de América Latina, Buenos Aires, 1974.)
41. Menninger, K. A., *Teoría de la técnica psicoanalítica*, Pax-México, México, 1960.
42. Novey, S., *ob. cit.* en 39.
43. Phillips, E. L. y Johnston, M. H. S., "Theoretical and clinical aspects of shortterm parent-child psychotherapy", *Psychiatry*, 7, 1954.
44. Pichon-Rivière, E., citado por J. Bleger, *Psicología de la conducta*, EUDEBA, Buenos Aires, 1964, cap. II.
45. Racker, H., "Introducción a la técnica psicoanalítica", en H. Racker, *Estudios sobre técnica psicoanalítica*, Paidós, Buenos Aires, 1969, Estudio 1.
46. Rangell, L., "Psicoanálisis y psicoterapia dinámica: similitudes y diferencias" en *Rev. de Psicoa.*, t. XXVIII, n° 1, Buenos Aires, 1971.
47. Rycroft, Ch., *Diccionario de psicoanálisis*, Paidós, Buenos Aires, 1976.
48. Small, L., *Psicoterapias breves*, Granica, Buenos Aires, 1972.
49. Soifer, R., "Ansiedades específicas del embarazo", en R. Soifer, *Psicología del embarazo, parto y puerperio*, Kargieman, Buenos Aires, 1971, cap. 1.
50. Stekel, W., *Technique of Analytical Psychotherapy*, Bodley Head, Londres, 1950, citado por L. Small, *ob. cit.* en 48.
51. Szpilka, J. y Knobel, M., "Acerca de la psicoterapia breve", *Coloquio Acta 1967: Psicoterapia Breve, Acta psiq. psicol. Amér. Lat.*, junio 1968, vol. XIV, n° 2, Buenos Aires.
52. Wallerstein, R. S., "Introducción a la mesa redonda sobre psicoanálisis y psicoterapia. La relación entre el psicoanálisis y la psicoterapia. Problemas actuales", *Rev. de Psicoa.*, t. XXVIII, n° 1, Buenos Aires, 1971.
53. White, R., *El yo y la realidad en la teoría psicoanalítica*, Paidós, Buenos Aires, 1973.
54. Wolberg, L., "La hipnosis en la terapéutica breve", en L. Wolberg y col., *ob. cit.* en nota 2. cap. IX.
55. –, "La técnica de la psicoterapia breve", en L. Wolberg y col., *ob. cit.* en 2, cap. VI.

TECNICA

4
ENTREVISTAS PRELIMINARES

Introducción

Es sabido que las entrevistas iniciales tienen una importancia decisiva para el futuro del posterior proceso terapéutico a desarrollarse.

En el campo de la P.B. los principales fines de tales entrevistas son:

- El establecimiento de la relación terapéutica.
- La confección de la historia clínica.
- La evaluación diagnóstica y pronóstica.
- La devolución diagnóstico-pronóstica.
- El convenio sobre metas terapéuticas y duración del tratamiento.
- La explicitación del método de trabajo y la fijación de las demás normas contractuales.

El número de entrevistas a realizarse, variable en cada caso, será el que resulte necesario para llevar a cabo los fines enunciados. Veremos a continuación cada uno de estos puntos.

El establecimiento de la relación terapéutica

En este aspecto las entrevistas preliminares desempeñan un papel fundamental. De los primeros contactos con el paciente depende en buena medida el destino de la relación de éste con su terapeuta (quien podrá ser o no el que lo haya entrevistado). Se trata entonces de poder crear condiciones favorables

4
ENTREVISTAS PRELIMINARES

Introducción

Es sabido que las entrevistas iniciales tienen una importancia decisiva para el futuro del posterior proceso terapéutico a desarrollarse.

En el campo de la P.B. los principales fines de tales entrevistas son:

- El establecimiento de la relación terapéutica.
- La confección de la historia clínica.
- La evaluación diagnóstica y pronóstica.
- La devolución diagnóstico-pronóstica.
- El convenio sobre metas terapéuticas y duración del tratamiento.
- La explicitación del método de trabajo y la fijación de las demás normas contractuales.

El número de entrevistas a realizarse, variable en cada caso, será el que resulte necesario para llevar a cabo los fines enunciados. Veremos a continuación cada uno de estos puntos.

El establecimiento de la relación terapéutica

En este aspecto las entrevistas preliminares desempeñan un papel fundamental. De los primeros contactos con el paciente depende en buena medida el destino de la relación de éste con su terapeuta (quien podrá ser o no el que lo haya entrevistado). Se trata entonces de poder crear condiciones favorables

para la instauración de un vínculo terapéutico, en relación con lo cual importa mucho la conducta que asuma el entrevistador, es decir, su aporte al establecimiento de una alianza de trabajo. Será beneficioso si puede mostrarse interesado por los problemas del paciente, dispuesto a brindarle su ayuda y confiado en su método terapéutico; además, si desde un primer momento es claro y explícito en su comunicación con el paciente. A tal efecto convendrá que le haga saber previamente qué finalidades tienen esas primeras entrevistas (conocerse mutuamente, realizar un estudio lo más completo posible de su caso, para luego poder decidir la conducta terapéutica a seguir, etc.) y que, durante el transcurso de las mismas, le informe detalladamente acerca de los distintos aspectos del tratamiento que seguirá. La experiencia clínica demuestra que tales actitudes prestan gran ayuda al establecimiento de una alianza terapéutica. Se intenta de este modo disminuir resistencias ocasionadas por prejuicios, malentendidos o temores respecto del tratamiento, todo lo cual puede fácilmente conducir a la deserción (4). En esencia, habrá que combatir la ambigüedad, favorecedora de conductas resistenciales y fenómenos regresivos.

El entrevistador deberá además asumir un papel *activo*, dirigiendo diversos momentos de las entrevistas en función de los objetivos de esta fase del procedimiento, esencialmente diagnóstica y contractual. Formulará preguntas, suministrará información, etc., y a veces podrá recurrir a señalamientos e interpretaciones.

Considero que el empleo de interpretaciones en las entrevistas iniciales debe quedar limitado principalmente a los fines siguientes:

a) clarificar y encauzar la relación transferencial cuando surgen obstáculos en la misma que amenazan incluso con provocar la deserción del paciente;

b) efectuar una devolución diagnóstico-pronóstica, en la que puede recurrirse a las llamadas interpretaciones panorámicas (véase p. 89);

c) detectar la capacidad del paciente para efectuar una psicoterapia de *insight* empleando aislada y prudentemente *interpretaciones de ensayo* (1).[1]

[1] El tema de la relación paciente-terapeuta en P.B. es retomado en el cap. 6.

La historia clínica

En P.B. es menester realizar una indagación exhaustiva de los datos del paciente. Una historia clínica, en la que se haya tomado en cuenta esta indicación, podrá brindarnos elementos valiosos para comprender mejor la naturaleza de los problemas actuales del paciente en relación con su historia vital, mediante el hallazgo de situaciones traumáticas, modos patológicos y repetitivos de conducta, etcétera.

Respecto de la metodología a emplear, cabe recomendar la adopción de un modelo de anamnesis a manera de guía, aunque ello no implica que tenga que seguirse un orden rígido cuando se interroga al paciente.

Es de señalar el particular interés que reviste en P.B. la indagación del motivo de consulta. Lo habitual es que éste se halle ligado con la situación-problema que dará lugar al tratamiento. Será conveniente obtener una amplia información sobre los antecedentes de esa situación-problema, los síntomas que la acompañan, los factores desencadenantes, etc. Estas averiguaciones pueden realizarse dejando en primer término que el paciente exponga libremente sus dificultades actuales, vale decir a través de *momentos libres* de la entrevista, la que luego podrá ser *dirigida* o *semidirigida* cuando se necesite obtener determinados datos del paciente (antecedentes familiares y personales).

Evaluación diagnóstica y pronóstica

Evaluación diagnóstica

Es preciso efectuar una amplia y minuciosa *evaluación diagnóstica* del paciente que no debe quedar circunscripta al diagnóstico clínico, insuficiente para efectuar la formulación pronóstica, la indicación terapéutica (psicoterapia breve, predominantemente de *insight* o de apuntalamiento, psicoterapia prolongada, grupal, etc.), la elección de objetivos y la planificación del tratamiento.[2] Si se decide la realización de una

[2] El tema de la planificación terapéutica se desarrolla en otro lugar, al igual que el de las indicaciones de la P.B. (véanse los capítulos 5 y 12, respectivamente).

terapia de duración *limitada*, ésta demandará, con mayor razón aun, un conocimiento previo lo más profundo posible del paciente (hipótesis psicodinámica inicial) para organizar el plan terapéutico correspondiente.

Los elementos necesarios para los distintos diagnósticos deben obtenerse básicamente por medio de las entrevistas clínicas y las pruebas psicológicas, a las que podrán sumarse otros exámenes si las circunstancias lo requieren (examen médico general, neurológico, electroencefalográfico, radiológico, etc.).

Consideraremos aquí: 1) *El diagnóstico nosográfico-dinámico*, que incluye el de *las condiciones yoicas*; 2) *La evaluación del grado de motivación para el tratamiento y de las aptitudes para el insight*, y 3) *La determinación del foco.*

El diagnóstico nosográfico-dinámico

Implica el diagnóstico del episodio actual, de la enfermedad del paciente (neurosis, caracteropatía, psicopatía, psicosis) y de la personalidad. Ej.: Depresión reactiva en un neurótico obsesivo cuya personalidad presenta un predominio de rasgos paranoide-obsesivos.

Deben incluirse asimismo:

El diagnóstico del *tipo de grupo familiar de origen*, su incidencia en la problemática actual, así como también la que pueda ejercer el *ambiente circundante*, conformando en realidad un diagnóstico psicosociopatológico.

Una *evaluación de las condiciones yoicas*, para lo cual se investigan los recursos con que cuenta el yo del paciente, es decir, sus aspectos adultos o sanos, que serán los aliados del terapeuta, a la vez que sus debilidades, hecho este último que permitirá tomar los recaudos necesarios ante las probables dificultades que podrían sobrevenir durante el tratamiento, en el que se procurará además contribuir por medio de la labor terapéutica a que el paciente adquiera o recupere las capacidades yoicas de las que carece. En psicoterapia breve interesa indagar principalmente:

a) *Las funciones yoicas básicas* (percepción, atención, memoria, pensamiento, etc.). Es elemental que se den ciertas

condiciones mínimas en el estado de estas funciones para hacer posible la psicoterapia.

b) *Las relaciones objetales*. Siguiendo a Bellak y Small, serán examinadas en lo relativo a su calidad e intensidad y a sus aspectos manifiestos y latentes (2), a partir de la conducta evidenciada por el paciente durante las entrevistas clínicas, la historia de sus relaciones interpersonales, sus fantasías, sueños, recuerdos, nuestra contratransferencia y los datos suministrados por los tests psicológicos. Estas indagaciones son de gran valor para efectuar un pronóstico y una estrategia terapéutica, porque nos permiten prever en cierta medida cuáles serán las características de la relación transferencial durante la terapia, la mayor o menor capacidad del paciente para establecer una buena relación terapéutica, los inconvenientes que en este sentido pudiesen surgir durante el tratamiento y, muy especialmente, cuando se aproxime a su finalización y deba desprenderse del terapeuta.

c) *Control de impulsos*. Puede ser excesivo o estar, por el contrario, disminuido. En ambos casos será necesario tomar ciertas medidas terapéuticas (empleo de técnicas dramáticas en uno, aumento del número de sesiones en el otro, etc.).

d) *Tolerancia a la ansiedad y a la frustración*. Se trata de detectar las condiciones del paciente para tolerar una psicoterapia interpretativa, dada la movilización afectiva que ésta suele producir (puede apelarse para ello a diversos recursos, entre ellos a las interpretaciones de ensayo [1] en las primeras entrevistas, para comprobar su reacción a las mismas), así como su capacidad para sobrellevar sin mayores consecuencias el duelo causado por su separación del terapeuta al término de la terapia (convendrá averiguar la existencia de duelos en la historia del paciente y qué repercusión tuvieron en él).

e) *Mecanismos defensivos*. Deberá precisarse cuáles son las principales defensas empleadas por el paciente, determinación que es de gran importancia para la indicación terapéutica, la planificación y el pronóstico. Ejemplo: un repertorio reducido de defensas estereotipadas será un elemento pronóstico desfavorable para una psicoterapia de *insight*; en cambio, si el sujeto dispone de variados mecanismos defensivos, ello tornará favorables las perspectivas pronósticas.

f) *Regulación de la autoestima*. Por lo general, quienes acuden a la consulta presentan una disminución de la

autoestima, debiendo la labor terapéutica dar como resultado una elevación de la misma.

Finalmente llegaremos a la *evaluación* de la potencia y plasticidad del yo.

Evaluación del grado de motivación para el tratamiento y de las aptitudes para el *insight*

Diversos indicadores, provenientes de las entrevistas diagnósticas y de la realización de las pruebas psicológicas, nos dan una idea acerca del grado de motivación del paciente para recibir ayuda terapéutica, esto es, para asistir a las sesiones del tratamiento, y en especial acerca de su motivación y condiciones para el *insight* (8). Sus respuestas a las interpretaciones de ensayo (1) y señalamientos nos darán la pauta de su capacidad de autoobservación, su resistencia o su permeabilidad ante las intervenciones del terapeuta.

Directamente ligado con la capacidad de *insight* del paciente se halla su grado de *conciencia de enfermedad*, que también habrá que detectar.

La motivación para el trabajo terapéutico es susceptible de ser estimulada durante las primeras entrevistas y a lo largo del tratamiento. En este aspecto cabe señalar el papel fundamental que en los comienzos de la relación desempeña la forma en que el entrevistador lleva a cabo la devolución diagnóstico-pronóstica al paciente.

Determinación del foco

Se refiere a la posibilidad de precisar y delimitar un foco, paso técnicamente esencial para nuestra posterior labor terapéutica.

Cuando se trata de cuadros agudos (neurosis traumáticas, depresiones reactivas) que deben resolverse a través del tratamiento, la elección y demarcación del foco se ven facilitadas, al igual que la definición de los objetivos terapéuticos. Otras veces se hace más dificultosa: el paciente presenta trastornos generalizados a todas o casi todas las áreas de conducta, por lo cual no atinamos a destacar un problema o conflicto

como punto de partida, sobre todo si no hay una situación definida de urgencia que predomine, es decir, no encontramos "la punta del ovillo" para abordar el caso a través de una terapia sectorial (se trata de individuos con serias alteraciones de su personalidad y cuya enfermedad data de muchos años atrás, por lo general caracterópatas, "borderline" o neuróticos crónicos).

La determinación del foco y el ahondamiento en su conflictiva engloba el diagnóstico del *punto de urgencia* y a su vez se halla comprendida dentro de la *formulación psicodinámica temprana*, ya que esta última no es otra cosa que una hipótesis diagnóstica integral, mientras que los distintos diagnósticos y evaluaciones citados hasta aquí constituyen la versión desglosada de dicha formulación.

Papel del psicodiagnóstico

Aunque no es este mi campo específico de actividad, deseo hacer algunas consideraciones al respecto.[3]

La administración de los tests psicológicos es muy útil para el diagnóstico, el pronóstico, las indicaciones y las contraindicaciones de la terapia breve. Cuando se recomienda este tipo de tratamiento, aquélla adquiere suma importancia en la planificación terapéutica.

Lo he dicho y lo repito: en P.B. se plantea la necesidad de alcanzar de antemano un conocimiento amplio y profundo del paciente que facilite la formulación de la hipótesis psicodinámica inicial y con ello nuestra labor terapéutica, sobre la base de un plan de trabajo preconcebido, por lo menos en sus lineamientos principales. Sobre todo si la terapia es de duración limitada, no habrá tiempo para esperar la emergencia de ciertos contenidos como en un tratamiento analítico. De ahí que la toma de tests debería efectuarse de manera sistemática en pacientes para los que se prevé la realización de un tratamiento breve y planificado o por lo menos en los casos en que se tropieza con dificultades diagnósticas y/o terapéuticas.[4] Soy

[3] Podrá encontrarse mayor información sobre el tema en la obra de María L. S. de Ocampo y María E. García Arzeno (10).

[4] Las pruebas psicológicas se utilizan también en P.B. para evaluar los

de los que piensan que el tiempo invertido en el proceso psicodiagnóstico, aunque considerable a veces, queda compensado con creces cuando debe emprenderse una psicoterapia de duración limitada.[5]

Aunque parece contradictorio destinar un número apreciable de horas a la realización del psicodiagnóstico en ocasiones en que se trata de ahorrar tiempo (como sucede en el caso de las terapias hospitalarias de corto plazo),no lo es en realidad, pues la riqueza de los datos que pueden obtenerse no solo suele contribuir a la consecución de buenos resultados sino también a agilizar el proceso terapéutico, cuya duración podrá eventualmente abreviarse tras el logro de los objetivos propuestos.

La batería de tests a emplear puede constar del Test de Rorschach (5) (7) (10), el Test de Relaciones Objetales de Phillipson (5) (10) o el Test de Apercepción Temática de Murray (5), y completarse con el de Bender, dibujo libre, figura humana, pareja, desiderativo, etc. Cuando las circunstancias lo aconsejan se agregan los tests de inteligencia.

Los datos que se extraen son muchos y muy valiosos: diagnóstico de personalidad y del cuadro psicopatológico; psicodinamismos; capacidad de *insight*, condiciones yoicas. Dentro de estas últimas el psicodiagnóstico da cuenta de las características de las relaciones objetales (por diversos indicios de tests proyectivos, como por ejemplo el Phillipson o el T.A.T. [5]), los mecanismos defensivos, la tolerancia a la ansiedad y a la frustración, especialmente en cuanto a la capacidad de soportar la separación respecto del terapeuta,[6] la fuerza del yo, etcétera.

También podrán efectuarse recomendaciones terapéuticas a partir de los datos obtenidos (sobre tipo de tratamiento, sexo del terapeuta, etc.)[7] y apreciaciones pronósticas.

---

resultados del tratamiento, comparándose los datos obtenidos a través de la aplicación posterapéutica de aquéllas con los del psicodiagnóstico inicial (véase cap. 11).

[5] He tenido la satisfacción de comprobar que García Arzeno (6) comparte esta opinión.

[6] A este aspecto se refiere Malan cuando propone que en caso de que se opte por realizar un tratamiento breve se investigue *la capacidad que tiene el paciente para enfrentar el duelo*, capacidad que, siempre según este autor, puede evaluarse por medio de los tests proyectivos (8).

[7] Ocampo y García Arzeno describen una serie de indicadores en el proceso

Evaluación pronóstica

En general es factible realizar una *evaluación pronóstica*, sobre todo del episodio o cuadro actual que motiva el tratamiento. Los resultados de éste dependerán de factores provenientes del paciente, el terapeuta y el ámbito asistencial en el que tenga lugar (hospital, clínica, consultorio privado). Dichos factores deben considerarse siempre en conjunto y no de manera aislada.

Con relación *al paciente* influirán especialmente las diversas condiciones diagnósticas acerca de los aspectos ya citados. Son elementos para un pronóstico favorable:

Comienzo *reciente y agudo* del padecimiento o problema actual a abordar, o, como señala Courtenay (3), que se trate de un "momento propicio" en una enfermedad relativamente crónica.

Levedad y limitación de la patología (3).

Condiciones favorables del medio familiar y social para el desarrollo de la labor terapéutica y la aceptación de los cambios del paciente.

Yo fuerte, con funciones básicas en buen estado, capacidad de establecer buenas relaciones objetales y de tolerar adecuadamente la separación que sobrevendrá al finalizar la terapia (relación transferencial con grado leve de ambivalencia y dependencia), plasticidad de las defensas, etcétera.

Alto grado de motivación para el tratamiento. Incide considerablemente en la producción de buenos resultados terapéuticos, aun en los casos que revisten cierta gravedad (8).

Capacidad de insight.

Posibilidad de determinación temprana del foco (antes de iniciado el tratamiento o en sus primeras sesiones).[8]

Con relación al *terapeuta*, las perspectivas pronósticas son favorables cuando, además de reunir éste las condiciones necesarias para el ejercicio de la P.B. (véase cap. 14), *existe una contratransferencia positiva* que facilita la instauración de un buen vínculo con el paciente.

---

psicodiagnóstico, particularmente para la recomendación o contraindicación de una terapia breve (11).

[8] "Focalidad", según la denominación empleada por Malan (8).

Con relación *al marco asistencial*, interesarán las posibilidades terapéuticas que brinde en sus aspectos temporales, espaciales, equipo de profesionales, etcétera.

Claro está que el pronóstico terapéutico, además, debe hacerse en función de las metas convenidas, según que éstas se perfilen o no como alcanzables dentro de las condiciones generales que regirán la labor terapéutica.

La devolución diagnóstico-pronóstica

Además de la devolución de datos del psicodiagnóstico, a cargo del psicólogo que lo efectuó —que por diversas razones en ningún caso debería omitirse (12)— y mientras haya sido otro el profesional que realizó las entrevistas clínicas, cabe una nueva devolución de parte de este último, la cual, naturalmente, estará basada en las conclusiones a que se llegó no solo después de las entrevistas, sino también como consecuencia del empleo de los distintos medios auxiliares de diagnóstico. Esta segunda devolución es una resultante de la labor desplegada en equipo y debe ante todo guardar coherencia con respecto a la devolución psicodiagnóstica.

El entrevistador transmitirá oralmente al paciente, con un lenguaje sencillo y claro, *impresiones generales* acerca de su problemática. Mencionaré a continuación algunos de los fines a que tiende tal conducta:

a) Hacer sentir al paciente que se le presta atención y se piensa en sus dificultades procurando comprenderlas. Se trata de una nueva contribución al logro de una *alianza de trabajo*.

b) Brindarle cierta clarificación preliminar de su problemática.

c) Reforzar su motivación para entender y resolver sus dificultades por medio de la psicoterapia.

d) Facilitar el paso siguiente, que será la elección de metas terapéuticas, al presentarle, y en parte sugerirle, la conflictiva de la que juzgamos podrían surgir dichas metas. (En otras palabras, la devolución se centrará en aquello que en nuestra opinión debe convertirse en la problemática central del tratamiento, con lo que además irá delineando el probable foco terapéutico.)

Como queda dicho, se transmitirán al paciente solo algunas apreciaciones acerca de su problemática, sin extenderse ni profundizar demasiado, ya que no es útil hacerlo en esta etapa. Para ello puede recurrirse a las interpretaciones denominadas *panorámicas* (4), que permiten esbozar de manera global psicodinamismos subyacentes a la situación-problema. La devolución, además de los aspectos diagnósticos, debe comprender referencias al pronóstico capaces de tranquilizar y reanimar al paciente. Esto le dará la pauta de que podemos brindarle nuestra ayuda y de que tiene posibilidades de resolver sus padecimientos o por lo menos de aliviarlos. Podrá reiterarse lo mismo en relación con las metas terapéuticas, una vez acordadas.

Convenio sobre metas terapéuticas y duración del tratamiento

Después de efectuada la devolución diagnóstica, paciente y entrevistador intercambiarán opiniones acerca de los posibles objetivos de la terapia a realizar, hasta llegar a establecerlos claramente y de común acuerdo.

Los puntos de vista del paciente sobre las metas del tratamiento, equivocados o no a nuestro juicio, deben en principio conocerse y tomarse en cuenta. Con este fin ya se le habrán formulado preguntas tales como: ¿Qué expectativas tiene acerca del tratamiento? ¿En qué problemas cree usted que necesita recibir ayuda? ¿En qué supone que ha de consistir tal ayuda?, etc. Las preguntas correspondientes nos darán además alguna idea de sus fantasías de enfermedad y de curación, de las cuales provienen los objetivos que él se plantea, así como de su motivación y capacidad de *insight*. Ello no excluye que, por medio de la devolución efectuada, se intente llamar su atención sobre determinada conflictiva y acrecentar su motivación para enfrentarla.

El terapeuta se referirá a los objetivos del modo más claro y sencillo posible. Por ejemplo, le dirá al paciente que entre ambos podrían tratar de aclarar por qué él siente tanto temor cuando se le encomienda cualquier tarea en su empleo y de lograr que enfrente estas situaciones más adecuadamente. O

que se procurará mejorar su estado anímico y aclarar a la vez qué le sucede con su familia, etc. Paralelamente el terapeuta debe formularse los fines terapéuticos desde un punto de vista psicodinámico: en un caso pensará sobre todo en elevar la autoestima, en otro, en atenuar las exigencias superyoicas, en un tercero, en desentrañar el significado inconsciente de tal conducta y atacar determinados mecanismos defensivos, etcétera.

Es preciso que los objetivos que se propongan sean presuntivamente *alcanzables*, esto es, que se ajusten a las posibilidades que ofrecen paciente y terapeuta y a las condiciones generales en que tendrá lugar la terapia. Podrán clasificarse en *primordiales* y *secundarios*, según su importancia, en *inmediatos* y *mediatos*, de acuerdo con el orden cronológico en que se procure alcanzarlos, siguiendo, si fuese necesario, un escalonamiento estratégico, y en *explícitos* e *implícitos*, sea que hayan sido o no verbalizados y convenidos con el paciente. (Toda terapia breve de *insight* presupone la existencia de fines terapéuticos inherentes a la naturaleza misma del proceso, por ejemplo, que el paciente logre mayor conciencia de enfermedad o eleve su autoestima. Estos fines, casi constantemente presentes, son también, por consiguiente, objetivos terapéuticos *generales*, a diferencia de los *particulares* que surgen de cada caso.)

Cuando no se llega a un real acuerdo sobre las metas de la terapia (puede incluso tratarse de un seudoacuerdo por sometimiento del paciente a las sugerencias del terapeuta, que actúan como órdenes en aquél), caben varias alternativas: a) aceptar lo que propone el paciente, caso en el que el terapeuta deberá renunciar a los propósitos terapéuticos que tenía previamente o bien postergarlos para una segunda etapa; b) realizar una labor de esclarecimiento tendiente a motivar al paciente para emprender una terapia sobre la base de las metas que se consideran convenientes; c) si las disidencias son muy grandes, no efectuar tratamiento alguno.[9]

[9] Por último, puede ocurrir que sea necesario revisar los objetivos en pleno tratamiento, como se ha señalado anteriormente (véase cap. 3, pp. 61 y 62). En este caso, son varias las actitudes a asumir (cambio de objetivos, del tipo de terapia, etc.) y no es posible establecer reglas fijas al respecto.

La duración de un tratamiento breve varía según las circunstancias:

- Puede estar predeterminada por modalidades institucionales, que establecen, generalmente de modo convencional, plazos que rigen para los tratamientos y que responden a necesidades organizativas dentro de la planificación asistencial que dichas instituciones poseen (de tres, seis, doce meses, etc.).
- En muchas oportunidades, situaciones propias del paciente, que incluso pueden haber motivado el tratamiento, plantean a la vez una delimitación temporal espontánea del mismo: acontecimientos tales como un viaje, por ejemplo, podrán marcar la finalización, obligada, pero acaso también adecuada.
- En otras ocasiones, que especialmente se presentan en el consultorio privado, la duración del tratamiento depende de lo que terapeuta y paciente resuelvan. Podrá entonces contar o no con un final prefijado.

No solo los objetivos sino también la duración del tratamiento deberían, dentro de lo posible, establecerse de común acuerdo entre terapeuta y paciente antes de su iniciación. A esto se ha referido entre nosotros Ulloa (13). En lugar de dejar librada la duración del tratamiento a factores ajenos a la situación misma del paciente, o que éste tenga la impresión de que le es impuesta por el terapeuta, sería de desear que se pudiese recabar una vez más la opinión del paciente sobre el particular a fin de elaborar conjuntamente este punto del tratamiento. Lo que es poco —o mucho— tiempo para uno puede no serlo para el otro. "La fijación del tiempo –señala Ulloa– se hace con la explícita participación del paciente en el nivel en que esté capacitado para tal colaboración" (13). Esto implica que tampoco aceptaremos ingenuamente las ideas del paciente, sino que buscaremos llegar a conclusiones después de una revisión adecuada de la situación.

Cuando la duración del tratamiento queda consignada de antemano, el terapeuta debe procurar que, como condición primordial, la misma guarde directa relación con los objetivos terapéuticos propuestos, es decir, con el tiempo que empíricamente estime necesario en cada paciente para lograr esos objetivos (sin que ello sea un impedimento para convenir un

recontrato de prosecución del tratamiento, si una vez llegado a su término sus fines no se cumplieron).[10]

Fijar previamente una fecha de terminación de la terapia supone ventajas y desventajas. Con frecuencia lo mejor será no limitarla, pero a veces ocurre lo contrario: ante pacientes que presentan una actitud ecelosa y desconfiada (habitualmente con rasgos fóbicos o paranoides marcados), puede ser conveniente determinar una fecha exacta de finalización —y no muy lejana– con el objeto de salir al paso de sus fantasías de quedar "atrapados" por el terapeuta; les tranquiliza saber desde un comienzo que existe una fecha en que el tratamiento se dará por concluido. De esta manera se avienen con menos dificultad a ser tratados que cuando se hallan ante una terapia de duración indeterminada. Esta situación se presenta más a menudo en pacientes de extracción socioeconómica baja, que en principio no conciben que la psicoterapia deba extenderse demasiado tiempo para solucionar sus padecimientos. Si no apelamos con flexibilidad a este recurso estratégico lo más común es que la abandonen en algún momento o que simplemente no la inicien. En cambio, si se fija un plazo sus recelos para con el tratamiento son menores y hasta es posible que después deseen prolongarlo. Por último otras veces la limitación del tiempo de duración parece necesaria para estimular y agilizar el trabajo terapéutico del paciente.

Además es menester explicitar al paciente que una vez terminada la terapia realizará, junto con el terapeuta, un balance de los resultados obtenidos, para el que ambos tendrán en cuenta su estado en ese momento, y que a partir de ahí se resolverá cuál será la conducta más adecuada a asumir (separación final, fijación de entrevistas de control, recontrato, indicación de otro tratamiento, etc.).

Explicitación del método de trabajo. Fijación de las demás normas contractuales

Es útil brindar al paciente una idea acerca de las características del tratamiento que habrá de seguir, o sea, cuáles

10 Lo malo es que suceda lo contrario, es decir, que haya que elegir las metas terapéuticas de acuerdo con el tiempo, limitado, de que se disponga para efectuar un tratamiento

serán respectivamente sus funciones, las del terapeuta y, eventualmente, las del equipo terapéutico. El beneficio de esta labor informativa estriba en que el paciente, en vez de resistirse frente a la intolerancia de las ansiedades provocadas por lo desconocido podrá, por el contrario, cooperar con su terapeuta, cuando tome conocimiento de la técnica que presidirá el trabajo de ambos.

En lo que respecta a las funciones del paciente, deberá hacerse hincapié en explicarle cuidadosa y detalladamente lo que será su *regla básica de funcionamiento* a lo largo de la psicoterapia (De la regla básica de funcionamiento me ocupo en el cap. 6, pp. 107 a 115.)

Conviene que el paciente tenga una noción previa del papel del terapeuta. Cuando se piensa efectuar una psicoterapia interpretativa podrá explicársele que trataremos fundamentalmente de ayudarlo a comprender mejor su situación, intentando aportarle un punto de vista distinto, que vaya más allá del que le permite su sentido común y que estará basado sobre todo en revelarle aspectos oscuros o desconocidos de él que pueden estar provocando y/o incrementando sus padecimientos, y que esto lo efectuaremos a través de las interpretaciones, de las que se le dará alguna idea elemental. De este modo procuraremos que se familiarice lo más rápido posible con el tratamiento y se abrevie la etapa de ansiedad, desconcierto y extrañeza que en un principio suelen provocar las interpretaciones y que en P.B. considero que puede ser perjudicial . En relación con esto, acostumbro advertir al paciente que es posible que mis intervenciones, particularmente en los comienzos del tratamiento, le resulten a pesar de todo algo extrañas y que en realidad notará una diferencia con las conversaciones que mantiene habitualmente con la gente.

A todas estas aclaraciones pueden agregarse otras, no menos beneficiosas para la marcha del tratamiento: cabe señalar al paciente que nuestra tentativa de hacerle entender sus dificultades desde una nueva perspectiva que le permita enfrentarlas mejor responde a que aquéllas han superado sus posibilidades de solucionarlas por su cuenta, pero añado —ante una sugerencia de Montevechio (9)– que es de esperar que al protagonista de una situación perturbadora le resulte difícil comprender con claridad qué está sucediendo en torno a ella y que al terapeuta, desde "afuera", puede serle factible enten-

derlo y ayudarlo, gracias a sus conocimientos y experiencia. Con esto se tiende a contrarrestar su sensación de fracaso al tener que consultar, como también la fantasía del terapeuta omnipotente, siendo conveniente que se ajuste desde el primer momento a una relación más "real" con éste (9).

También conviene informar al paciente si se piensa emplear otros recursos terapéuticos (psicofármacos, entrevistas a familiares, etc.), ilustrándolo aunque sea en forma mínima acerca de su sentido y alcances.

Por último deben fijarse las distintas condiciones del contrato terapéutico, en especial las correspondientes a los aspectos espaciotemporales del encuadre: posición espacial de terapeuta y paciente (generalmente deben estar sentados frente a frente), horarios, frecuencia y duración de las sesiones; eventualmente, fechas de terminación del tratamiento, de las entrevistas de evaluación y del nuevo psicodiagnóstico. Los demás detalles no difieren de lo que ya se conoce (vacaciones del terapeuta, feriados, honorarios, etc.).

Referencias bibliográficas

1. Alexander, F., "Indicaciones para la terapia", en F. Alexander y T. French, *Terapéutica psicoanalítica*, Paidós, Buenos Aires, 1965, cap. VI.
2. Bellak, L. y Small, L., *Psicoterapia breve y de emergencia*, Pax-México, México, 1969.
3. Courtenay, M., *Sexual Discord in Marriage*, Tavistock, Londres, 1968. Citado por L. Small, *Psicoterapias breves*, Granica, Buenos Aires, 1972.
4. Fiorini, H. J., "La primera entrevista en psicoterapia breve", en H. J. Fiorini, *Teoría y técnica de psicoterapias*, Nueva Visión, Buenos Aires, 1973, cap. 4.
5. Friedenthal H., "La recomendación de psicoterapia a partir del diagnóstico psicológico", *Acta psiq. psicol. Amér. Lat.*, Buenos Aires, 1968, vol. XIV, n° 2.
6. García Arzeno, M. E., Comunicación personal.
7. Harrower, M., "Cómo ve el tratamiento breve un psicólogo clínico", en L. Wolberg, *Psicoterapia breve*, Gredos, Madrid, 1968.
8. Malan, D. H., *A Study of Brief Psychotherapy*, Tavistock, Londres, Charles Thomas, Springfield, Illinois, 1963. (Vers. cast.: *La psicoterapia breve*, Centro Editor de América Latina, Buenos Aires, 1974.)
9. Montevechio, B. R., Comunicación personal.

10. Ocampo, M. L. S. y García Arzeno, M. E., "El proceso psicodiagnóstico", en M. L. S. Ocampo y M . E. García Arzeno, *Las técnicas proyectivas y el proceso psicodiagnóstico*, Nueva Visión, Buenos Aires, t. 1, cap. 1.
11.–, "Indicadores para la recomendación de terapia breve extraídos de la entrevista devolutiva", en M. L. S. Ocampo y M. E. García Arzeno, *ob. cit.* en 10, t. 11, cap. XI.
12.–, " La entrevista de devolución de información", en M. L. S. Ocampo y M. E . García Arzeno, *ob. cit.* en 10, t. 11, cap. IX.
13. Ulloa, F. O., "Comentario al artículo de Héctor Juan Fiorini", en W. R. Grimson (comp.) y otros, *Nuevas perspectivas en salud mental. Instituciones y problemas*, Nueva Visión, Buenos Aires, 1973.

5
PLANIFICACION DEL TRATAMIENTO

La elaboración de un plan terapéutico es una de las características que distinguen a las psicoterapias breves. A la necesidad de planeamiento se han referido diversos autores, entre ellos French (3) y Alexander (1), quienes en algunos pasajes de *Terapéutica psicoanalítica* llaman al tratamiento breve *terapia planificada* (2) (3), lo que demuestra la importancia que dichos autores otorgan a la planificación. Esta consiste en el proyecto de una *estrategia terapéutica* efectuado con el fin de alcanzar los objetivos propuestos.

Para concebir la estrategia deberán tenerse presente diversos elementos, provenientes del paciente, el terapeuta y, eventualmente, la institución. Con respecto al paciente, será esencial partir de los diversos datos obtenidos con motivo de la evaluación diagnóstico-pronóstica (véase cap. 4), que habrá culminado en el desarrollo de una *temprana formulación psicodinámica* (3). Planificaremos nuestra acción terapéutica sobre la base de una estructura de *foco terapéutico inicial*. En lo que respecta al terapeuta y la institución, deberán considerarse factores tales como la experiencia previa de aquél y su destreza en el manejo de los distintos recursos (factores que deberán tomarse en cuenta para todo el equipo terapéutico), así como las posibilidades que brinda la institución.

Con la revisión de estos elementos estaremos ya en condiciones de establecer una planificación estratégica adecuada.

Un programa terapéutico debe surgir necesariamente del replanteo de las distintas cuestiones técnicas que se suscitan

en cada caso particular. Incluye la determinación del tipo de psicoterapia a aplicar (predominantemente de *insight*, de fortalecimiento yoico o de apoyo), los conflictos que vamos a abordar, aquellos que se dejarán a un lado y la probable secuencia de dicho abordaje; se establecerá muy especialmente la actitud terapéutica a asumir ante los distintos mecanismos defensivos del paciente (incisiva o, por el contrario, de abstención o incluso de reforzamiento de éstos); se organizará todo lo concerniente a las condiciones temporales (duración, número y periodicidad de las sesiones semanales, duración total del tratamiento, etc.) y espaciales del encuadre. Otros aspectos relevantes a considerar serán: las reglas de funcionamiento del paciente durante el tratamiento (véase cap. 6), la actitud general del terapeuta ante el paciente (cálida, muy activa, directiva, cauta, etc.) que, lógicamente, irá "regulándose" con los indicadores que van apareciendo con el correr de las sesiones, los diversos tipos de intervenciones del terapeuta (interpretaciones, en sus distintas variantes, señalamientos, preguntas, informaciones, sugerencias, etc.) y el uso de otros recursos terapéuticos (psicofármacos, inclusión de familiares y/o allegados, técnicas dramáticas, servicio social, etc.).

También resulta útil pensar en posibles inconvenientes terapéuticos que pudiesen surgir en la marcha del tratamiento y la forma en que se piensa encararlos (3), así como en tareas a realizar si la evolución del paciente lo permite (el abordaje de determinado conflicto subyacente, por ejemplo).

La planificación debe tender además a prever los probables rumbos y características que puede tomar el proceso terapéutico en sus aspectos más generales. La experiencia demuestra que es conveniente contar desde un comienzo con una idea anticipada, aunque sea elemental y provisional, de cómo podrán ser el principio, el desarrollo y el final de la terapia. Recomiendo sobre todo no pasar por alto todo lo atinente al cierre del tratamiento, que en cierta medida también deberá estar planificado: habrá que prestar atención a las situaciones singulares que podría revivir cada paciente en ocasión de enfrentar el duelo por su separación del terapeuta y, conforme con ello, al tipo de relaciones objetales y grado de tolerancia a la frustración que presente. Se proyectará entonces alguna tarea en torno a dicho duelo que hasta en su mínima expresión incluya siempre el señalamiento de la situación de pérdida y

contemple detalles tales como el número de sesiones semanales a establecer en las últimas etapas del tratamiento (véase el cap. 9).

Se trata, en suma, de que la terapia no quede librada exclusivamente a la intuición o improvisación sobre la marcha (2). Pero las alternativas de aquélla solo se pueden prever hasta cierto punto, por lo que de ningún modo deberá entenderse que todas estas medidas poseen un carácter rígido e inamovible, ya que, por el contrario, el terapeuta deberá estar dotado de una flexibilidad tal que le permita modificar sus planes cuando las circunstancias lo exijan, para poder encarar con eficacia las situaciones cambiantes e inesperadas que puedan presentarse a lo largo del tratamiento.

Finalmente, recordemos que la planificación suele verse facilitada y enriquecida por la participación en ella, junto al terapeuta, de los demás profesionales que eventualmente tuviesen intervención en el tratamiento.

El intercambio de datos e ideas posibilita a menudo una elaboración más minuciosa, profunda y en definitiva más adecuada del proyecto terapéutico, que además será compartido precisamente por quienes deben luego ponerlo en práctica, lo que resulta esencial para lograr eficiencia terapéutica. Por eso, y en síntesis, considero que cuando en una terapia está implicado un equipo de especialistas (dos o más profesionales), debe ser siempre éste, en conjunto, el encargado de conformar el programa terapéutico.

Referencias bibliográficas

1. Alexander, F., "Alcance de la psicoterapia", en F. Alexander y T. French, *Terapéutica psicoanalítica*, Paidós, Buenos Aires, 1965.
2. –, "Eficacia del contacto breve", en F. Alexander y T. French, *ob. cit.* en 1, cap. IX.
3. French, T., "Planificación de la psicoterapia" en F. Alexander y T. French, *ob. cit.* en 1, cap. VII.

6
EL TRATAMIENTO

Introducción

Una vez cumplidas las etapas diagnóstica y contractual, así como también la de planificación, se inicia el tratamiento, el cual se apoyará en lo posible en hipótesis psicopatológicas y terapéuticas consistentes, al tiempo que en objetivos y encuadre definidos.

Con respecto a los distintos aspectos de la técnica concernientes al tratamiento propiamente dicho, consideraré en primer lugar la relación paciente-terapeuta, cuyo estudio es punto de partida obligado para la comprensión de los temas que le siguen; luego me referiré a la regla de funcionamiento para el paciente que ha de adoptarse a lo largo de la terapia y al papel que en esta última podría caberle al método psicoanalítico de libre asociación; a continuación he de abordar el problema de la atención del terapeuta en relación con la labor de focalización; de inmediato examinaré los elementos psicoterapéuticos verbales, dedicando una mayor extensión a las interpretaciones, instrumento fundamental en la P.B. psicoanalíticamente orientada; por último, figuran algunas reflexiones acerca de las sesiones y de otros recursos terapéuticos, entre los cuales incluyo aquellos en los que tengo mayor experiencia propia (uso de psicodrogas y participación de familiares y/o allegados del paciente).

La relación paciente-terapeuta en el tratamiento breve

Me referiré a la relación terapéutica en la psicoterapia dinámica breve y a las diferencias existentes con la correspondiente al tratamiento psicoanalítico. Tomaré como base una reseña que incluye la opinión de algunos autores acerca del tema.

Para comprender el porqué de las particularidades del vínculo terapéutico en P.B. conviene considerar primordialmente lo que sucede en torno a la transferencia y a la neurosis transferencial regresiva.[1] Antes de pasar a ver cómo pueden manejarse en una terapia breve psicoanalíticamente orientada, efectuaremos una rápida revisión de las características de la relación terapéutica en el tratamiento psicoanalítico, que servirá luego para puntualizar diferencias significativas:

Hay en el *contexto psicoanalítico* condiciones que facilitan el establecimiento, desarrollo y análisis de la neurosis transferencial regresiva, la cual, como antes dije (véase cap. 3, p. 37), es fundamental en el proceso terapéutico. Así encontramos que:

El analista procura mantener el *anonimato* —lo que a su vez contribuye a crear un clima de *ambigüedad*— a fin de no entorpecer la producción de los fenómenos transferenciales; además, trata de adoptar una *actitud neutral y relativamente distante*, lo que implica también promover en el paciente una situación de *frustración*; el vínculo es marcadamente *asimétrico*, hecho acentuado entre otras cosas por el uso del diván.

También en lo temporal el encuadre favorece la dependencia regresiva, al constar de varias sesiones semanales y una duración, en principio, no limitada del tratamiento.

Con respecto a lo espacial, la posición del paciente, acostado en el diván, se encuentra ligada con fenómenos regresivos tales como el dormir y la meditación y fomenta además el desarrollo de la neurosis transferencial dado que, al estar privado el paciente de ver al analista, la prueba de realidad se vuelve más dificultosa.

La regla fundamental psicoanalítica, que consiste en el empleo por parte del paciente de la asociación libre, determina

[1] Acerca de algunos aspectos de la contratransferencia en P.B. pueden consultarse los capítulos 8, 9 y 14.

en éste de por sí un funcionamiento mental regresivo. Desde otro punto de vista cabe agregar que de acuerdo con Racker (37), al implicar *la abolición del rechazo* de las ocurrencias y de su comunicación y la superación de resistencias que por ello se va produciendo, incide confiriéndole una particular intensidad a la transferencia en la situación analítica, pues se produce en consecuencia la proyección de los objetos internos en el analista, especialmente del superyó.

El analista emplea a su vez la atención flotante, propendiendo así a una comunicación de *inconsciente a inconsciente* (17). Interviene verbalmente partiendo del material que el paciente aporta de manera espontánea y sobre todo mediante la interpretación; ante los silencios suele mantener una actitud expectante, permitiendo que se prolonguen.

Las interpretaciones transferenciales son muy valoradas, constituyendo para la mayoría de los analistas el instrumento técnico esencial, y para algunos incluso el único con efectos mutativos (41). Pienso que dichas interpretaciones alientan al paciente a la revisión minuciosa y profunda de sus fantasías transferenciales y promueven la revivisçencia de situaciones infantiles, favoreciendo así el desarrollo de la neurosis de transferencia.

En la *psicoterapia breve*, en cambio, deben desalentarse tanto el desarrollo de la regresión como el de la neurosis transferencial (véase cap. 3, pp. 38 a 39) e incluso se hace necesario controlar en lo posible la intensidad de los fenómenos regresivo-transferenciales. De ello derivan una serie de medidas técnicas que confieren perfiles propios a la terapéutica breve:

El vínculo que se establece con el paciente es *más realista y definido*, ya que la ambigüedad es aquí inconveniente (11), pues promueve situaciones persecutorias y por ende regresivas. Una relación más basada en la realidad contrarresta las tendencias al establecimiento de una relación transferencial neurótica. Fiorini ha calificado el rol que debe asumir el terapeuta en la psicoterapia de esclarecimiento (en buena medida equiparable, de acuerdo con la descripción de este autor, a la terapia dinámica breve) como *rol real de docente experto*, subrayando así lo que sería, a su juicio, uno de los aspectos más destacables (7).

Hay de parte del terapeuta, a diferencia de lo que sucede

en el tratamiento psicoanalítico, una *mayor proximidad afectiva* que se espera obre positivamente sobre el proceso terapéutico. Es que en principio será menester que se establezca a la brevedad un buen *rapport*, sobre todo si se trata de una terapia cuyo tiempo será limitado; habrá que fomentar el rápido desarrollo de una *alianza terapéutica*, condición básica para aspirar al éxito. El terapeuta deberá entonces en lo posible mostrarse moderadamente cálido, ofrecer una imagen confiable y demostrar interés por los problemas del paciente .

La relación terapéutica exige el mantenimiento de un delicado equilibrio entre gratificaciones y privaciones del paciente. Se le debe permitir cierto grado de gratificación de necesidades emocionales (por ejemplo, respondiendo a las preguntas formuladas por él [42]); de lo contrario, se corre el peligro de despertar o incrementar —a causa del resentimiento provocado por la frustración— la producción de reacciones hostiles pasibles de determinar un aumento de las resistencias, a las que no tendremos tiempo suficiente para dedicarnos. Gratificarlo en demasía supone asimismo ciertos riesgos, tales como dificultar la integración de la agresividad y favorecer la dependencia (33).

Deberá en suma propenderse al *mantenimiento de una relación transferencial positiva sublimada* a lo largo de toda la terapia (2). Solo así podremos esperar que el paciente asuma una actitud de colaboración y pueda aceptar y utilizar con provecho las interpretaciones.[2] Los sentimientos transferenciales de idealización muy intensos pueden complicar y prolongar el tratamiento; cuando surgen es preciso disolverlos prontamente mediante la labor interpretativa. Lo mismo cabe decir respecto de la hostilidad y el erotismo transferenciales.

La relación será finalmente *menos asimétrica que en el tratamiento psicoanalítico.*

El número reducido de sesiones semanales y la duración limitada y generalmente prefijada del tratamiento breve desalientan la regresión.

[2] Concomitantemente, será conveniente que exista una *contratransferencia positiva*, esto es, que el terapeuta no tenga que esforzarse demasiado en vencer dificultades para ocuparse del paciente, sobre todo si se trata de un tratamiento de corto plazo, en cuyo caso reclamará desde su inicio una buena disposición de su parte.

La posición frente a frente, que es la habitual en terapias breves, actúa, a diferencia de la que se adopta en psicoanálisis (empleo del diván), contraponiéndose a las tendencias del paciente al desarrollo de la regresión y de la neurosis de transferencia. (La percepción visual ayuda a que se sitúe en la realidad.) Tal posición aparece además como la más acorde con el tipo de comunicación que tiene lugar entre paciente y terapeuta en estas terapias, puesto que se traduce en un fluido intercambio verbal, más aproximado a un diálogo corriente que el psicoanalítico.

Hemos recordado que la regla fundamental del psicoanálisis es uno de los factores que explican la particular intensidad que en el tratamiento psicoanalítico adquiere la transferencia. Como en P.B. se trata de evitar un efecto de esta naturaleza, considero que dicha regla no debe emplearse de igual modo que en el tratamiento psicoanalítico. Más adelante abordaré exhaustivamente este punto (pp. 107 a 115).

Volviendo al tema de la comunicación en P.B., es preciso señalar la *función activa* que tiene que ejercer el terapeuta y que será decisiva para el logro de buenos resultados. Esto se debe no solo a su posible incidencia en el vínculo, coadyuvando al mantenimiento de una transferencia positiva —en contraste con los efectos que tendría una actitud menos participante que pudiese generar descontento u hostilidad— sino también a que un papel activo tiene importancia para la gestión de *focalización* de la labor terapéutica (14), dado que, por lo común, es necesario alcanzar determinadas metas y se dispone de tiempo limitado para ello. La situación requiere cierta activación yoica en el paciente, que se consigue precisamente a través de ese funcionamiento activo, pues no podemos esperar demasiado tiempo a que venza por sí mismo sus dificultades para mantener una comunicación terapéutica productiva y poder ahondar en el conflicto en cuestión. El terapeuta, sencillamente, intenta agilizar el intercambio, procurando producir un efecto catalizador en el proceso terapéutico. A la vez debe dedicarse desde un comienzo y de lleno a ayudar al paciente a resolver situaciones perturbadoras de su vida diaria. Con tal fin recurrirá con frecuencia a intervenciones no interpretativas. Formulará preguntas, señalamientos, efectuará sugerencias, brindará información. A veces tendrá que tomar la iniciativa en la comunicación (12), proponiendo el

tema a tratar (Ej: "Veamos aquello que usted mencionó como al pasar en la última sesión". O por medio de preguntas: "¿Cómo pasó este fin de semana? ¿Sucedió algo especial?"). En cuanto a las interpretaciones, han de estar dirigidas fundamentalmente a clarificar la conflictiva focal.[3] El rol del terapeuta es en suma más activo y *directivo* que en la técnica psicoanalítica en lo que concierne a su actitud ante el material que el paciente aporta. El terapeuta encauza la exploracón en una determinada dirección, escogiendo entre el material aquello atinente al foco y descartando lo extra focal.[4]

En ocasiones, al terapeuta puede caberle una participación decididamente activa y directa en los problemas actuales del paciente. Por medio de sugerencias podrá incidir en alguna medida sobre ellos. Así, por ejemplo, ante una situación fobígena quizá considere necesario, después que el paciente ha alcanzado cierta comprensión psicológica del conflicto, estimularlo a enfrentarla (27) (49), actitud avalada ya desde 1918 por Freud, con sus recomendaciones acerca del tratamiento de las fobias (21), y adoptada posteriormente por muchos profesionales en la terapia psicoanalítica. Al respecto expresa Haley: "El psicoanálisis de los tiempos de Freud no era solamente *más breve* sino también *más activo*. Freud *escogía el tema sobre el que un paciente había de asociar* y cuando éste obtenía algún *insight* en el problema, *le sugería que se mostrara activo en su vida personal* ahora que ya tenía tal conocimiento" (26). (Las bastardillas son mías.)[5]

Por lo general se evita la prolongación excesiva de los silencios no sólo porque incrementa la ansiedad y la regresión consiguiente (42), sino porque se trata de utilizar operativamente el tiempo disponible. En particular los silencios

[3] Un punto de importancia decisiva en la evolución y manejo de la relación terapéutica lo constituye el de la particular *técnica interpretativa* exigida por la índole de estas terapias, lo que merece una especial revisión (véanse pp. 121 a 140).

[4] La técnica focal supone ciertas vicisitudes de la atención del terapeuta, que luego examinaremos con detenimiento (pp. 116 a 120) y que, sumadas a las modificaciones en el empleo de la asociación libre, determinan un tipo de comunicación netamente diferenciable del psicoanalítico.

[5] Esta observación de Haley implica, curiosamente, el establecimiento de cierto e interesante paralelismo entre la técnica psicoanalítica de cuño freudiano y la técnica "activa" que define a la actual terapéutica breve.

prolongados *del terapeuta* pueden provocar hostilidad transferencial debido a la frustración ocasionada.

Ante la posición frente a frente de terapeuta y paciente, cobran también significación las manifestaciones preverbales del primero. Hay que tener en cuenta la repercusión de sus gestos y de su actitud corporal en el paciente, si se pretende propiciar la producción de una alianza terapéutica. Wolberg recomienda que el terapeuta dé "juego libre a su expresión facial" (48). Es claro entonces que estas aportaciones al proceso del tratamiento, que podríamos llamar *expresiones terapéuticas del terapeuta*, como la mirada atenta y los gestos que revelan interés por el relato del paciente, serán beneficiosas en tanto sean espontáneas y no estudiadas.

Por último, el tratamiento efectuado en el marco institucional y el uso de distintos recursos terapéuticos, con eventual participación de otros profesionales ligados al campo de la salud mental, son factores que contribuyen a modificar las condiciones de la relación terapéutica, ya que introducen diversas variantes en el campo de los fenómenos transferenciales y contratransferenciales, marcando nuevas y sustanciales diferencias con lo que acontece en el psicoanálisis individual (7) (14).

Una regla básica de funcionamiento en psicoterapia breve de orientación psicoanalítica[6]

En la técnica psicoanalítica Freud instituyó el método de la asociación libre, por el cual el paciente debe comunicar al analista sus ocurrencias, es decir todos los pensamientos que acudan a su mente, sin restricción alguna. La libre asociación es, junto con los sueños y los actos fallidos, una vía facilitadora del acceso al inconsciente, y al regir de modo prácticamente ininterrumpido a lo largo del tratamiento psicoanalítico, configura lo que Freud dio en llamar "la regla fundamental".

En el terreno de las terapias de tiempo y objetivos limitados surgen varios interrogantes relacionados con este tema:

[6] Trabajo leído en el Simposio sobre Psicoterapia Breve organizado por CEMEP (20, 21 y 22 de octubre de 1977), bajo el título de "Una regla básica de funcionamiento en psicoterapia breve".

1) ¿Cuál debe ser la regla de funcionamiento para el paciente? 2) ¿Qué papel ha de caberle al procedimiento de la libre asociación? ¿Se lo debe dejar completamente de lado o, por el contrario, es necesario emplearlo? En este último caso, ¿cómo, de igual o de distinta forma que en el tratamiento psicoanalítico?

Revisando las obras más destacadas de la bibliografía correspondiente a la psicoterapia breve de orientación psicoanalítica encontramos que, pese a tratarse de un aspecto técnico de decisiva importancia, o se ha omitido toda referencia a la regla de asociación libre (abundando en cambio las consideraciones sobre otros temas, tales como el papel de la transferencia, el de las interpretaciones, etc.) o, a lo sumo, se registran algunos puntos de vista en torno de la misma —por lo común en el sentido de no utilizarla—, formulados las más de las veces como "al pasar" y con cierto carácter dogmático. Veamos algunos de ellos: "[...], es desacertada esa actitud pasiva y abstencionista, como también lo es la *libre asociación* [...]"; "Por regla general, la falta material de tiempo no nos permite emplear los recursos tradicionales de *libre asociación*, pasividad y anonimato" (L. Wolberg [48]. Las bastardillas son mías). "Yo no creo en esos tratamientos difusos en los que el paciente se sienta a discutir a la buena de Dios cualquier tema que se presenta y a hablar prácticamente de todo lo habido y por haber sin una idea directriz, sobre todo tratándose de la psicoterapia breve" (Hoch [28]). "En la psicoterapia rápida la asociación libre en cuanto tal no es un instrumento esencial" (Bellak y Small [2]). También Malan, en su obra sobre psicoterapia breve, sostiene que la indicación que se le da al paciente de "decir lo que le venga a la mente" rara vez parece ser necesaria. En otra parte del libro habla de desalentar la libre asociación (34).

A mi entender, no se explicitan suficientemente los fun-

[7] Cabe preguntarse cuál es la razón de que los autores no se hayan explayado sobre esta cuestión, hecho por demás sugestivo. ¿Se la considera algo obvio, o habrá que pensar que, en cierta medida, existe una evitación del tema, ante la persistencia de una dificultad para encararlo a fondo, acompañada tal vez de la sensación de estar "atacando" precisamente la regla básica de la técnica psicoanalítica? Porque se trata nada menos que de lo que el creador del psicoanálisis denominó también "regla de oro"... Se me ocurre que este calificativo continúa pesando en el ánimo de los investigadores, haciendo que el tema sea soslayado o apenas se lo mencione

damentos en que se sustentan estos criterios.[7] Por mi parte, daré mi opinión acerca de los problemas que aquí se plantean y que considero requieren un estudio más minucioso.

El empleo constante del método de asociación libre ("regla fundamental" del psicoanálisis) en los tratamientos breves

Comenzaré por examinar las ventajas y desventajas que traería aparejado el uso constante (desde el comienzo del tratamiento y de un modo prácticamente continuo a través del mismo, tal como se hace en el tratamiento psicoanalítico) de la asociación libre en terapias breves.

Analicemos primero las *desventajas*. He recordado ya los conceptos de Racker (p. 102) en el sentido de que la *abolición del rechazo* de las ocurrencias y de su comunicación por parte del paciente, a causa del empleo de la asociación libre, determina una *mayor intensidad de la transferencia* en el tratamiento psicoanalítico, al dar lugar a la inmediata proyección de los objetos internos en el analista, en especial del superyó (37). Este hecho es conveniente en el tratamiento psicoanalítico, pero no en la P.B., ya que, cuando de la misma se trata, nuestro propósito ha de ser proteger al paciente tanto de la regresión como de la neurosis de transferencia.

La asociación libre en el proceso psicoanalítico favorece la regresión y constituye de por sí un funcionamiento mental regresivo, encontrándose emparentada con fenómenos como la meditación y el sueño. Produce efectos regresivos tales como los que figuran a continuación: a) *incrementa las ansiedades paranoides* (entre otros motivos, por la proyección del superyó sobre el analista y el temor a lo propio y desconocido que pudiera emerger), lo cual, más allá de cierto nivel, estimo que puede perturbar considerablemente un tratamiento de breve duración. b) *Genera una atmósfera de ambigüedad*, inadecuada para estas terapias c) *Puede conducir al paciente a la dispersión*, es decir que, llevado por el curso de sus asociaciones, se desvíe excesivamente de las situaciones conflictivas a tratar (sin mayor aprovechamiento del tiempo en función del problema central del tratamiento). De este modo, también abre brechas en el paciente, pues permite que aflore material vinculado a otros conflictos relativamente ajenos al foco, in-

cluso los inherentes a situaciones o etapas arcaicas, que quedan entonces al descubierto. Finalmente esto lleva a *acentuar la dependencia regresiva* en torno al terapeuta, la que en terapia breve, reitero, deberá ser desalentada.[8]

En suma, el empleo constante del método de asociación libre en el tratamiento intensificaría los fenómenos transferenciales-regresivos hasta un punto indeseable, por lo que, a mi juicio, en la mayoría de los casos no me parece recomendable.

Pero cabe ahora examinar cuáles serían las *ventajas* de adoptar la "regla fundamental". Estarían dadas, desde ya, por la facilitación del acceso a los contenidos inconscientes. Su aplicación podría ser especialmente útil cuando se trata de pacientes con excesiva tendencia a la intelectualización, pues en ese caso tal defensa suele verse incrementada si tienen que referirse a un tema determinado (la situación-problema), hecho que puede resultar propicio en el tratamiento para ser utilizado como el "argumento" o "libreto" conocido de antemano. Tal vez sería ésta una de las pocas situaciones de excepción en que podría apelarse al uso de la "regla fundamental".[9]

En grupos de discusión, algunos colegas me señalaban la posibilidad —y supuesta conveniencia— de que en terapias breves todo paciente se ajuste permanentemente a la libre asociación, siempre que el terapeuta recurra a intervenciones focalizadas, mostrándole la relación —o, por el contrario, la desconexión— del material con la problemática principal del tratamiento, con lo que se respetaría la esencia del procedimiento en su carácter de terapéutica focal. Sin embargo, aunque no dudo de que antes que nada es preciso que sea el terapeuta quien no pierda de vista los objetivos del tratamiento, y por ende lo que atañe a la conflictiva focal —el motivo de preocupación no debe ser tanto que el paciente "se salga del foco" como que el terapeuta descuide reubicarlo en él—, sumo a este requisito los beneficios que por lo común brinda el hecho de que también el paciente concentre desde un principio su atención en los problemas a resolver y no creo que las ventajas provenientes del uso de la asociación libre, por ejemplo la eventual conexión asociativa de las ocurrencias espontáneas con elementos focales, sean argumentos suficientes para su empleo sistemático y constante, dados los inconvenientes que el mismo puede acarrear y que ya han sido señalados.[10] Por otra parte, aunque es posible que en el caso de una situación traumática de reconocida eficacia patógena las asociaciones libres del paciente giren en su gran mayoría en torno de la misma, como lo atestigua la experiencia clínica psicoanalítica (con las denominadas neurosis traumáticas, por ejemplo), lo cierto es que no todos los casos tratables por medio de la P.B. presuponen la presencia de tal situación, claramente definida y de suficiente intensidad traumática, por lo que la utilización de la "regla fundamental" psicoanalítica podría dar lugar tanto en algunos momentos al ahondamiento en la estructura focal, como en otros —e insisto en este aspecto—, al alejamiento de la misma, es decir a "irse por las ramas", con las consecuencias conocidas.

[8] Es cierto que tales conflictos preexisten y que la libre asociación no hace más que ponerlos en evidencia, pero también es verdad que hasta ese momento pueden haber estado reprimidos, disociados, negados. etc., y, por desconsiderado que parezca, lo mejor será que el paciente siga arreglándose por su cuenta y como pueda con ellos, sin que provoquemos su movilización; en cambio, con nuestra concentración selectiva solo daremos prioridad a determinados problemas, aquellos que planteen una necesidad de resolución más o menos inmediata, ya que si pretendiéramos intervenir en todos, poco sería lo que podríamos hacer por el paciente dentro del encuadre que corresponde a estas terapias (especialmente si existe una gran limitación temporal).

[9] En la práctica habrá que considerar además otros factores, tales como la *duración total del tratamiento y el número de sesiones semanales*. No es lo mismo un tratamiento de objetivos limitados con, por ejemplo, 1 o 2 sesiones semanales y dos o tres meses de duración, que otro que conste de 2 o 3 sesiones por semana y se extienda durante uno o más años. En esta última situación, al contar con un encuadre temporal menos limitado, el empleo de la "regla fundamental" podrá, en todo caso, ser más tenido en cuenta, si otros motivos lo tornan aconsejable.

[10] Una cuestión que puede surgir, interesante y polémica a la vez, vinculada con el tema que estamos tratando, es la relación existente entre asociaciones libres (cadenas asociativas) y foco terapéutico, o sea el problema de saber *cuáles son los límites del foco*. Recordemos que la estructura focal conforma solamente, como hipótesis del terapeuta, un conjunto de ideas que éste tiene presente (aunque para su organización suele también basarse en cadenas asociativas del paciente), que más que nada operan, bueno es reconocerlo, como un artificio técnico, por lo que de ningún modo sus límites pueden considerarse netos y ni siquiera precisables en un sentido estricto. En realidad, como dije anteriormente (véase cap. 3, p. 60), los enlaces asociativos de sus componentes con parte del material que llamamos –y consideramos a los fines prácticos– "extrafocal", son múltiples y complejos, pero en el ejercicio de la terapia breve no hemos de adentrarnos mayormente en la exploración de tales enlaces.

Ahora bien, ¿qué puede ocurrir en la práctica de las terapias breves? Que el papel activo y focalizador desempeñado por el terapeuta, característica dominante de estas terapias, se interponga reduciendo o hasta dejando sin efecto la asociación libre *espontánea* del paciente, es decir que entraría en abierta contradicción con ésta como método de trabajo. El terapeuta, con sus frecuentes intervenciones, gracias a las cuales promueve la activación yoica en el paciente (no solo a través de señalamientos e interpretaciones, sino también sugiriendo temas o haciendo preguntas, esto es, actuando de un modo más directivo en lo que respecta a la orientación que deberá imprimir al pensamiento del paciente hacia una problemática determinada), estimulará, sí, en éste, lo que Fiorini ha llamado "asociaciones intencionalmente guiadas" ("Operativamente la focalización conduce a trabajar sobre asociaciones intencionalmente guiadas, más que sobre asociaciones libres", afirma este autor [8]).[11]

Asimismo, y en buena medida, la posición frente a frente, que es la usual en estas terapias, suele perturbar la asociación libre, propiciando más bien el establecimiento de una comunicación con mayor predominio del proceso secundario y por ende más aproximada a lo que sería un diálogo corriente.

Adopción de una regla básica de funcionamiento para psicoterapias breves

Ha escrito F. Fromm-Reichmann (22): "Muchos psicoanalistas consideran que una cantidad suficiente de material disociado reconocible llega a la superficie y puede tener acceso a la conciencia en el intercambio psicoterapéutico más dirigido". Esto significa que, por más que la libre asociación favorezca la exploración del inconsciente, ello no implica que sin su ayuda ésta no sea factible.

Además, lo natural y lógico para el paciente es tener que hablar ante el terapeuta fundamentalmente de sus síntomas y

[11] F. Deutsch en 1949, al hacer referencia a una "terapia sectorial", había propuesto ya centrar la tarea en los síntomas, estimulando la producción asociativa sobre ellos a través de las interpretaciones (4).

situaciones conflictivas. Si la norma de funcionamiento se basa en esta premisa, la comunicación se verá por lo general facilitada, generándose un menor monto de ansiedad paranoide. Podremos así dedicarnos de manera selectiva a sus padecimientos actuales, los que habrán de convertirse en el tema primordial en la terapia (focalización).

Por estos motivos suelo formular una *consigna de trabajo* a los pacientes, antes de comenzar el tratamiento breve, que consiste en lo siguiente: les aclaro que podrán hablar de lo que deseen, pero que en principio *convendrá que se refieran preferentemente a todo aquello que supongan guarda alguna relación con los problemas que hemos convenido en abordar* (podrá tratarse tanto de relatos acerca de hechos actuales de la vida de ellos, como de recuerdos, pensamientos variados, fantasías, vivencias y sueños) .

Uso operativo del método de asociación libre en los tratamientos breves

¿Habrá que desechar casi por completo la utilización de la asociación libre en terapias breves? Pienso que no. Al igual que otros recursos de la técnica psicoanalítica, podría apelarse a este método en determinadas circunstancias. En mi experiencia personal lo he venido ensayando de manera aislada en los tratamientos —habiéndome resultado de suma utilidad–, ante la emergencia de cierto material que impresionaba cómo significativo y sobre todo podía suponerse —o incluso comprobarse— que estaba ligado con la estructura focal (pudiendo ser relativo a un sueño, a la aparición de un determinado síntoma, sentimiento, fantasía, acto fallido, etc.).[12] En ese momento invitaba al paciente a que me comunicase las ocurrencias que iban surgiendo en él a partir de ese material. Esta instrumentación selectiva del método de la asociación libre permite su aprovechamiento, ya que es posible ejercer cierto control de los efectos regresivos que pudiese provocar su em-

[12] En el capítulo 9 pueden encontrarse ejemplos del uso de asociaciones en terapia breve a partir del material onírico, y en el capítulo 13, de ocurrencias surgidas en torno a la aparición de síntomas (caso de J.).

pleo, a diferencia de lo que resultaría de su utilización de un modo constante.[13]

La flexibilidad de que deberá hacer gala el terapeuta ha de posibilitarle la opción de utilizar este recurso técnico cuando lo considere oportuno y ante pacientes capaces de responder positivamente al mismo.[14] La maniobra en cuestión tiene, desde ya, la intención de profundizar en el material correspondiente al foco terapéutico y frecuentemente permite ratificar, ampliar o corregir las hipótesis psicodinámicas en juego sobre la base de lo obtenido.

De esta manera tambien seríamos consecuentes respecto a este punto con lo que Freud proponía en 1918, es decir, la

[13] En realidad el empleo del método de asociación libre en la técnica psicoanalítica se efectúa ya "a partir de un elemento dado (palabra, número, imagen de un sueño, representación cualquiera), ya de forma espontánea" ([32], "Asociación libre", p. 43). En la práctica de la terapia breve dinámica propongo una aplicación ocasional y reducida –en la mayoría de los casos– a la forma expresada en primer término (así la utilizó Freud en el autoanálisis de sus sueños. Por otra parte sus antecedentes deben rastrearse en las experiencias de éste con pacientes de la época preanalítica). Cuando se usa de acuerdo con lo mencionado en segundo término constituye, como sabemos, la regla básica del psicoanálisis, a cambio de la cual será necesario, conforme a lo ya desarrollado, adoptar en el campo de la psicoterapia breve una regla básica propia, habiendo expuesto una posible en la página anterior.

He encontrado algunas referencias bibliográficas acerca de la aplicación, restringida, del procedimiento de asociación libre en los tratamientos breves: en sus intentos de abreviar el psicoanálisis, Ferenczi, en su método activo, empleaba ya el recurso de pedir al paciente que aportara fantasías acerca de ciertos temas seleccionados ("fantasías forzadas") (6). Bellak y Small hablan, en cuanto a la P. B., de limitar el aprovechamiento de la asociación libre a "los casos en los que pueda surgir como respuesta a un determinado estímulo del terapeuta, como, por ejemplo, cuando anda en pos de obtener algún material pertinente e informativo" (2). Por su parte, Fiorini también considera factible y beneficiosa la utilización de asociaciones libres en psicoterapias, aunque no entra demasiado en detalles al respecto. En una parte de su obra propone "[...] combinar flexiblemente los dos estilos de asociación libre y guiada" (8) y en otra menciona la necesidad del "empleo discriminado" en psicoterapias de "[...] ciertos recursos técnicos propios del psicoanálisis (el silencio atento del terapeuta, el *empleo de asociaciones libres,* el señalamiento o la interpretación transferencial)" (15). (Las bastardillas son mías.) Por último Gillman hace mención, entre los procedimientos básicos de la terapia breve, de un "[...] empleo 'saludable' de la asociación libre" (24).

[14] En la práctica podremos encontrarnos con personas de gran capacidad para asociar y transmitir sus ocurrencias, pero también con otras que tengan un grado tal de inhibición que sólo obtendremos un bloqueo como respuesta y ante las que carecerá de sentido pretender sacar algún partido de la aplicación del método.

aplicación en las psicoterapias de elementos tomados del psicoanálisis, pero mediando una tarea de "adaptar nuestra técnica a las nuevas condiciones" (21).

En resumen, y con respecto al destino del método de asociación libre como recurso técnico en el campo de las terapias breves, no considero adecuado el empleo sistemático del mismo –salvo escasas excepciones–, y creo necesario alertar respecto a tal empleo cuando responde a una simple traspolación de la técnica psicoanalítica corriente y carece de fundamentos valederos. Destaco, sí, los beneficios de un *uso limitado y selectivo del procedimiento en el tratamiento breve, sugiriéndolo ante determinados pacientes y en determinadas circunstancias, dadas por el surgimiento de algún elemento significativo,* a partir del cual podrá tener lugar el proceso asociativo, a fin de profundizar en la conflictiva focal.

Conformación definitiva de una regla de funcionamiento para psicoterapias breves

Finalmente, a la norma o consigna de trabajo antes propuesta (p. 112), consistente en que el aporte principal del paciente ha de ser suministrar todo tipo de material que llegue a relacionar con su padecimiento actual, podría entonces agregársele la explicitación de un eventual empleo del método de asociación libre en algunos momentos de la terapia —aunque, repito, solo en el caso de pacientes que revelen actitudes yoicas suficientes para que dicho empleo reporte beneficios—, informándose en detalle en qué consiste el mismo antes de comenzar el tratamiento.

La citada norma de funcionamiento se ajustaría a las condiciones propias de la terapia breve. Considero que, en gran medida, así como la "regla fundamental", al decir de Laplanche y Pontalis, "estructura la situación analítica" (32) ("Regla fundamental", p. 370), esta norma podría sellar las características esenciales de la relación terapéutica en la terapia breve orientada psicoanalíticamente, definiendo muy especialmente su propósito focalizador.

Digresiones sobre focalización y atención del terapeuta

Se ha dicho que en la terapia focal el terapeuta debe emplear una *atención selectiva*, en virtud de la cual tiende a conservar mentalmente un foco (en la descripción de Malan, la interpretación central en torno a la que debe girar todo el tratamiento). Al mismo tiempo el terapeuta se concentra con preferencia en el material que aparece más directamente ligado con la problemática focal, conduce al paciente al foco a través de la labor interpretativa y descarta el material alejado de él (34); dicho estado de atención selectiva parece, ciertamente, el opuesto al de *atención flotante*, recomendado por Freud, de acuerdo con el cual el analista debe escuchar al analizando evitando en lo posible privilegiar aspecto alguno del material, es decir, sin focalizar su atención, siendo sus fines poder descubrir en éste las conexiones inconscientes (17). Sin embargo, considero que el empleo de la atención selectiva en P.B. de ninguna manera debe implicar la ausencia total de atención flotante por parte del terapeuta. Resulta de apreciable utilidad en muchos momentos recuperar precisamente la atención flotante, que al verse inevitablemente interferida de manera parcial por la necesidad estratégica de focalización, de planificación y de un papel activo del terapeuta (lo está además por la posición cara a cara, que hace más difícil mantenerla, ya que debemos controlar nuestra mímica, a veces no muy apropiada para la ocasión, cuando nos abandonamos a la atención flotante), no debe quedar por ello anulada a lo largo del proceso terapéutico, toda vez que deseemos preservar en alguna medida un más depurado método de exploración del inconsciente, el cual requiere de su concurso. Sostengo que es factible, pues, valerse de ella, justamente para facilitar el ahondamiento en la misma conflictiva focal, y aun para la producción de interpretaciones focalizadas, a partir de la aportación que brindan las ocurrencias espontáneas del terapeuta frente al material *focal* del paciente.

De no emplearse la atención flotante, el tratamiento breve, a mi entender, corre el riesgo de reducirse automática y exclusivamente a una terapia *de lo preconsciente*, pudiendo estereotiparse considerablemente el intercambio verbal terapeuta-paciente y empobrecerse el procedimiento en sus posibilidades terapéuticas. Si se prescindiera por completo de la atención flotante, así como de la asociación libre, la comunicación terapéutica no sería en momento alguno –aceptémoslo o no desde el punto de vista terapéutico, pero antes que nada pongámoslo en claro— *de inconsciente a inconsciente*, como en cambio se procura que lo sea en el tratamiento psicoanalítico, el cual se sustenta para ello en la asociación libre del paciente y su contrapartida en el analista, la atención flotante (17). Pienso que en estas circunstancias podría cuestionarse mucho más severamente que en otras –y con derecho– la existencia de algún grado de *insight* y de elaboración del paciente en estas terapias, obstaculizados o impedidos ambos por el tipo de comunicación establecida.

La atención flotante del terapeuta, *flexiblemente utilizada* en P.B., no trae, a mi juicio, consecuencias desfavorables para el tratamiento, sino más bien todo lo contrario. Mientras retornemos periódicamente, cuando sea necesario, a la atención selectiva e implementemos los resultados de la atención flotante para generar intervenciones focalizadas, nada arriesgaremos. Trataré enseguida de aclarar algo más estos conceptos.

Desde esta perspectiva llegamos a la propuesta de lo que sería en el terapeuta una combinación *sucesiva*, operativa y flexible entre momentos de atención flotante, seguidos de momentos de atención más selectiva, los que alternan de acuerdo con las vicisitudes de la comunicación terapéutica, aunque siempre se dé, en definitiva, un retorno al estado de atención selectiva focal. Como norma elemental podríamos establecer que: toda vez que se soliciten asociaciones libres al paciente, ha de escuchárselo en estado de atención flotante (cualquier otra actitud implicaría en este caso una incoherencia técnica, pues si nos decidimos a procurar que, *circunstancialmente*, el paciente venza la censura existente entre su consciente y su preconsciente, no vamos a caer en el error de sustituirla anteponiendo nuestra propia censura a sus comunicaciones y de efectuar una selección a la que el paciente ha renunciado [17]). Ahora bien, esto no significa que el empleo de la atención flotante tenga que reducirse solamente a dichas circunstancias en P.B. Creo que, de manera general, lo que podría darle pie es, como requisito básico, todo surgimiento de material presuntiva o –mejor aun– claramente relacionado (por el terapeuta) con lo focal, sea que dicho material fuera aportado de

modo espontáneo por el paciente, o como consecuencia de la acción de intervenciones focalizadoras del terapeuta (preguntas, señalamientos, interpretaciones, pedido de asociaciones libres a partir de un elemento, etc.). Una posible secuencia, ilustrativa de la combinación de tipos de atención que propongo para la labor focalizadora, es la siguiente: en virtud de su atención selectiva el terapeuta distingue un elemento focal significativo en el material del paciente (relativo a un sueño, por ejemplo). A continuación le solicita asociaciones libres partiendo de dicho elemento, y se dispone entonces a escucharlas con atención flotante. Luego se da, por ejemplo, el paso hacia la gestación de una interpretación, como consecuencia de la actividad pensante del terapeuta que en ese momento tiene lugar (ocurrencias, conexiones, síntesis, etc.), con retorno final a la focalización (atención selectiva focal) para la consiguiente selección interna *voluntaria* entre las líneas interpretativas (cuando surge más de una) de la pertinente al eje terapéutico, de donde podrá sobrevenir –o no– la formulación de una interpretación, que ha de ser focalizada. Esta podrá a su vez tener como respuesta: a) la emergencia de nuevo material focal (asociaciones *guiadas*) (8), frente al que el terapeuta ha de abandonarse otra vez a la atención parejamente flotante y reiniciar el ciclo, o bien b) resistencialmente, el alejamiento del foco, lo cual, al transcurrir cierto tiempo y ser corroborado por el terapeuta, que ha vuelto a focalizar *–automáticamente–* su atención, lo llevará a reencauzar al paciente en el foco, por ejemplo con un señalamiento. En síntesis, material del paciente → focalización basada en la atención selectiva del terapeuta → pedido de asociaciones libres al paciente → atención flotante del terapeuta → gestación de la interpretación: actividad pensante con labor final de selección interna del terapeuta (atención selectiva focal) → interpretación focalizada → material focal → atención flotante del terapeuta, etcétera.

Pero, ¿podemos extraer algo más de esta ejemplificación? En efecto, ella nos muestra que la *atención selectiva* sirve básicamente para efectuar una *selección* del material del paciente (en razón de nuestro interés *selectivo* en la problemática focal de aquél), pero que *en realidad* a dicha selección sigue una recepción, en estado de *atención flotante* de parte del

terapeuta, del material focal que sobreviene a continuación y *que es empleando esencialmente esta forma de atención, la flotante, como el terapeuta desarrollará su labor interpretativa. De este modo, la noción de atención selectiva en la psicoterapia focal encierra también, en el fondo, la presencia de estados de atención flotante del terapeuta* (en el concepto antes mencionado, de que la atención selectiva presupone la concentración preferencial del terapeuta en el material ligado con la problemática focal, se hallaría implícito el empleo de la atención flotante para la recepción de dicho material). Esta es la forma en que personalmente concibo lo que sucede —o debiera suceder— con la atención del terapeuta en la psicoterapia focal, y que me parece sumamente necesario explicitar, ya que los diversos autores que se han venido refiriendo a esta técnica se ocuparon poco y nada de aclarar este tema —al igual que el relativo a la asociación libre— pese a su indudable importancia.

Aquellos pacientes que tienen cierta capacidad para centrarse en la conflictiva focal nos eximen de mayores preocupaciones y esfuerzos para orientarlos hacia la misma, facilitándonos el ejercicio de nuestra atención flotante (esto se presenta asimismo ante los cuadros de neurosis traumáticas, en los que a menudo la mayor parte del material aportado está vinculada más o menos directamente a la situación traumática, inherente al foco terapéutico).

En definitiva, la atención flotante en P.B. puede emplearse en distintos momentos, terapéuticamente significativos, de nuestra labor.[15]

La combinación que sugiero tiene su correlato en la que he propuesto para el paciente, es decir, de aportación selectiva consciente de material focal y asociaciones libres a partir de un elemento focal.

La combinación atención flotante-atención selectiva, que parecería difícil de concretar en la práctica, puede darse en grado satisfactorio y de modo casi espontáneo en terapeutas convenientemente entrenados. Hay una *regulación*, que con el tiempo se vuelve *automática*, de la atención, según las formas

[15] En realidad, aunque la continuidad de la atención flotante es mucho mayor en el tratamiento psicoanalítico, tampoco en él es posible mantenerla, como sabemos, de modo absolutamente constante. Por lo tanto, debe considerársela como una regla ideal ([32], p. 47).

en que se vayan dando las secuencias. Vale la pena preservar en estos procedimientos cierto grado de atención flotante, capitalizada, como vimos, a los fines de profundizar en la elucidación de los psicodinamismos focales y de dar lugar a la producción de intervenciones focalizadas, todo lo cual posibilita el progreso terapéutico.

Elementos psicoterapéuticos verbales

Generalidades

En P.B. las intervenciones verbales del terapeuta deben reunir tres condiciones básicas:

1º) Mantener cierta *coherencia interna* (7) (13). Esto quiere decir que desde un punto de vista dinámico no es admisible que haya contradicciones en el empleo de las distintas intervenciones del terapeuta, las cuales deben responder a una estrategia terapéutica elaborada de acuerdo con las necesidades de cada caso. Es inaceptable que, por ejemplo, a intervenciones tendientes a desalentar la regresión les sucedan otras que en cambio la favorezcan. Cuando se cometen tales errores se tiene la impresión de que la terapia breve se convierte en un exponente de la improvisación y la imprudencia.

2º) Constar de *una proporción elevada de intervenciones no interpretativas*. Los señalamientos, preguntas y comentarios que estimulen el intercambio verbal han de emplearse con una frecuencia mayor que en el psicoanálisis tradicional con el fin de contrarrestar los efectos de estimulación de la dependencia que un uso casi exclusivo de interpretaciones pudiese traer aparejados. Se considera que de este modo ha de reafirmarse una relación terapeuta-paciente en términos de realidad y de una menor asimetría. Por otra parte, apelar con frecuencia a intervenciones no interpretativas constituye una clara expresión del papel activo y focalizador del psicoterapeuta en este tipo de terapias.

3º) Estar *focalizadas*. Las intervenciones, interpretativas o no, deberán estar de preferencia focalizadas, es decir, dirigidas selectivamente a la problemática focal.[16] De esta manera son también *focalizadoras* en sus efectos, ya que estimulan la aportación por parte del paciente de material relacionado con

el foco. Se trata de una premisa esencial de estas terapias, mediante la cual se procura centralizar la labor terapéutica en problemas vitales y actuales del paciente y no abrir en él otras brechas, como sucede cuando no se sigue una dirección definida e incluida previamente en una estrategia terapéutica determinada.

Dentro de las distintas intervenciones del terapeuta me ocuparé detalladamente de las interpretaciones, mencionando solo en forma sucinta las restantes.

Las interpretaciones en la psicoterapia breve de orientación psicoanalítica

Aún es objeto de viva discusión todo lo que concierne a las interpretaciones en P.B. Examinaré aquí las aportaciones de diversos autores y expondré además mis puntos de vista al respecto.

La presentación del tema se hará en el orden siguiente:

a) *Introducción.*
b) *Interpretaciones y transferencias.*
c) *Variantes cualitativas en las interpretaciones. Atenuación de efectos regresivos.*
d) *Interpretación de los sueños.*
e) *El terapeuta frente a la labor interpretativa.*

A) Introducción

En primer término puede plantearse *qué lugar, en orden de importancia, corresponde a la interpretación* como instrumento terapéutico en la P.B. de orientación psicoanalítica. A mi juicio debe ser la *herramienta fundamental*, pues el objetivo principal sigue siendo la búsqueda de *insight* en el paciente (sin que por eso se desconozca la incidencia de otros mecanis-

[16] A veces, sin embargo, se produce durante el tratamiento algún hecho traumático inesperado, alguna situación que perturba al paciente y que se halla "fuera de foco", que la terapia debe contemplar. En tales casos, por supuesto, no cabe asumir una rígida conducta directiva con la que se pretenda realizar una focalización forzada de la labor terapéutica.

mos terapéuticos, que en mi opinión tienen un papel secundario). No obstante, cabría insistir en algunas consideraciones sobre el particular. Si aceptamos, partiendo de las ideas de Rogers (40), que toda interpretación, sea o no "transferencial", favorece el establecimiento de una relación acentuadamente dependiente del paciente respecto del terapeuta, parece conveniente que en P.B. las interpretaciones, sin dejar de ser, como en psicoanálisis, el elemento terapéutico esencial, alternen en mayor medida con otros tipos de intervenciones verbales (señalamientos, preguntas, sugerencias, etc.) capaces de reubicar una y otra vez al paciente en su condición de adulto y en una relación menos asimétrica con el terapeuta. En una palabra, es deseable que el tratamiento no se reduzca a un empleo sostenido o exclusivo de interpretaciones, al ser éstas inductoras de la dependencia regresiva.

En cuanto a su *profundidad*,[17] mi impresión es que habitualmente está limitada por las mismas características del encuadre. Existen, por ejemplo, dificultades para ejercer el control de las ansiedades que sufre el paciente por efecto de las interpretaciones, dado el número relativamente reducido de sesiones semanales y, por lo común, el corto plazo del tratamiento. Además, interpretaciones "profundas" pueden en ocasiones inducir a estados regresivos de cierta consideración, será preciso también contar con la posibilidad de que se produzcan reacciones desfavorables por incremento de las resistencias. Ahora bien, en algunas oportunidades un tratamiento plantea la necesidad de llegar a ciertos niveles de profundidad para poder alcanzar los objetivos terapéuticos propuestos. Es conveniente entonces evaluar antes la capacidad del paciente para asimilar interpretaciones de este tenor, efectuándolas ocasional y prudentemente con fines de tanteo (48).[18]

La labor interpretativa en la P.B. de *insight* se halla limitada en comparación con la que tiene lugar en el análisis.

[17] En este contexto entenderemos por interpretaciones "profundas" las que hacen referencia a elementos intensamente reprimidos, ya sea que formen o no parte del pasado remoto infantil del paciente.

[18] Frente a pacientes con buena capacidad de *insight*, rápido ritmo de *timing* y suficiente tolerancia al dolor provocado por la revelación de lo inconscientizado, a veces es posible, aun en una terapia breve, trabajar con apreciable profundidad (véase el caso de J. en el capítulo 13).

Podríamos decir que lo está tanto en superficie (al ser focalizada) como en profundidad (al no abarcar ciertos aspectos de los conflictos centrales del tratamiento, sobre todo los que se hallan ligados con contenidos muy reprimidos). Además pasa por alto la mayor parte de las manifestaciones inherentes a la neurosis de transferencia, la cual, como sabemos, alcanza poco o ningún desarrollo en el tratamiento breve.

B) Interpretaciones y transferencias

Uno de los aspectos mas importantes y polémicos de la teoría de la técnica de la P.B., lo constituye el tipo de interpretaciones que deben utilizarse en lo que se refiere a la transferencia o, para mejor decir, las transferencias.[19]

Nos introduciremos ahora en los pormenores del uso de las denominadas interpretaciones "transferenciales" y "extratransferenciales".[20]

[19] Sin embargo un punto poco discutido pero de todos modos interesante es el papel de las *interpretaciones dirigidas a lo intrapsíquico*, es decir, a hacer conscientes al paciente aspectos de su relación con objetos internos. Creo que en cierta medida dichas interpretaciones tienen cabida en la técnica breve y podrían tener incidencia en la producción de modificaciones dinámicas significativas de la personalidad que a veces se observan en algunos pacientes que fueron sometidos al tratamiento breve (véase también cap. 3, p. 73). Pero no recomiendo recaer sistemáticamente en su uso pues, lo repito una vez más, tal proceder lleva implícitos los consabidos riesgos de movilización emocional e inducción regresiva. Recurro a este tipo de intervenciones solo cuando percibo que es posible ahondar y promover en el paciente un mayor *insight* respecto a sus vínculos con objetos internos siendo esto pertinente a la tarea de focalización y/o estando vinculado con obstáculos resistenciales, y cuando aun tratándose de un abordaje incompleto del conflicto dicho abordaje sugiere ser francamente beneficioso para el paciente. El tratamiento de A. (véase cap. 13), un paciente con buena capacidad de autoobservación a quien se le interpretó su sometimiento al objeto superyoico constituido por la figura paterna (padre interno), ilustra elocuentemente sobre la aplicación de estas interpretaciones.

[20] Si menciono estas características entre comillas es porque en realidad las interpretaciones nombradas en segundo lugar también son transferenciales en el más amplio sentido del término, pues las transferencias se desarrollan no solo con la figura del terapeuta sino con cualquier otra persona. Aquí utilizaré estas denominaciones más que nada con el fin de abreviar, debiendo en consecuencia entenderse por "transferenciales" aquellas interpretaciones que hacen referencia a los aspectos inconscientes de la relación con el terapeuta y por "extratransferenciales" las què conciernen a los aspectos inconscientes de las

Interpretaciones "extratransferenciales"

En primer lugar vamos a analizar el papel de las interpretaciones "extratransferenciales" en la terapéutica breve, las que en la técnica psicoanalítica no suelen tomarse muy en cuenta o directamente son desestimadas. A mi modo de ver, sin embargo, pueden configurar un recurso válido, usual e importante en el quehacer interpretativo, y no carecen de valor para el tratamiento psicoanalítico. Ello obedece al hecho de que en materia de terapias breves debemos dedicarnos a la tarea de resolver problemas actuales de la realidad externa del paciente mediante el análisis y la consiguiente búsqueda de *insight* de la naturaleza de las situaciones conflictivas que presentan *sus transferencias*, desarrolladas con las personas con que se relaciona en su vida diaria (cónyuge, hijos, padres, jefes, etc.).

Pero el empleo de estas interpretaciones parece requerir todavía fundamentos teóricos suficientemente sólidos. Lo que ocurre es que en psicoanálisis las interpretaciones "extratransferenciales" casi siempre han sido, como antes dije, subestimadas, atribuyéndoseles un valor muy secundario en la cura, en comparación con las "transferenciales". Un claro ejemplo de esto es la posición adoptada por Strachey (41). Entre nosotros, Guiter, partiendo de la revisión de puntos esenciales del pensamiento freudiano, expone conceptos que permiten reivindicar las interpretaciones "extratransferenciales" en su significación terapéutica dentro del tratamiento psicoanalítico (25). Este autor rescata sus fundamentos teórico-técnicos, lo que reviste singular importancia, ya que de ello dependerá en gran parte la validez y el alcance terapéutico que adjudiquemos a la técnica breve que apele frecuentemente a las interpretaciones mencionadas.

De los pensamientos de Guiter acerca de las interpretaciones no referidas al analista, he seleccionado aquellos que me parecen más elocuentes e ilustrativos (25). Pese a su ex-

---

relaciones del paciente con las demás personas (en la técnica psicoanalítica Guiter prefiere llamar a estas últimas "interpretaciones no referidas al analista" [25], mientras Weiss, ya en el terreno de la terapéutica breve analítica, habla de *interpretaciones transferenciales extraanalíticas* [45]). (Las bastardillas son mías.)

tensión quiero transcribirlos, pues su mención resulta más que oportuna al abordar este tema:

"El análisis es una investigación de lo Inconsciente. No de la transferencia, ni de los recuerdos, ni de cualquier circunstancia en particular".

Comienza a exponer luego sus puntos de vista en torno a las interpretaciones que operan "centrando el punto de urgencia fuera de la transferencia al psicoanalista", las que aluden a "transferencias a otras personas en relación actual, pasada o futura con el paciente (aunque voy a poner énfasis —aclara— en las interpretaciones que se refieren a la vida actual del paciente, contemporáneas de la situación analítica, por ser las más descuidadas por el psicoanálisis en su esquema teórico). Al decir esto —continúa Guiter— me voy apartando de la manera tradicional de trabajar (tal vez debería decir, mejor que de trabajar, de teorizar acerca de la técnica, dado que las necesidades de la práctica psicoterapéutica obligan al analista a salirse de y ampliar su estrecho margen conceptual) de muchos psicoanalistas de nuestro país, en este momento (1973) en que laboran partiendo de la hipótesis de que todo lo que el paciente dice se refiere al analista y que es la búsqueda del objeto transferido a éste en sus múltiples variantes y en su interjuego con el analizado la meta del análisis. No estoy de acuerdo con esta manera de trabajar. Freud asignaba gran valor a la transferencia, pero, a mi juicio, como elemento incluido dentro de una totalidad englobada por la reconstrucción que incluye también lo histórico próximo y lejano de la vida del paciente. El 'aquí, ahora y conmigo, es, para mí, solamente una parte del proceso analítico.

"El paciente viene a la sesión acuciado por la angustia de un determinado problema, con raíces en el pasado y estimulado a partir del presente. Ese presente puede estar constituido por el mismo analista o por cualquier estímulo del día o días anteriores (equiparándolo a un sueño, al elemento estimulador se lo puede comparar a un resto diurno)".

"[...] De modo que, cuando un paciente viene a la sesión, puede llegar estimulado por excitaciones que han sobrepasado su capacidad de elaboración (y que trae para elaborar en la sesión), y esas excitaciones pueden, entonces, haberse originado en relación con procesos reales o transferenciales ajenos al analista. Pienso entonces que la misión del analista es inter-

pretar esos hechos sin incluirse él, pues el nivel del conflicto *en ese momento* no está con él." (Bastardillas del autor.)

A continuación Guiter refuta las críticas que se formulan contra esta modalidad de trabajo (en lo que concierne al favorecimiento de "actuaciones", al grado de veracidad acerca de lo que el paciente nos relata o a la circunstancia de que se trate de "un hecho que ya pasó", mientras que "en la sesión la situación es presente"). Por razones de espacio me abstengo de transcribir el pasaje correspondiente.

Más adelante expresa: "La transferencia se puede dar en cualquier lado, no es forzoso que sea con el analista. Más aun, cuanto más se interprete al paciente en relación con el analista, tanto más se puede tomar esa técnica como defensa, sin ver las transferencias en otra parte". (Ha señalado antes que el mismo Freud "interpretaba transferencias en otros contextos".)

Prosigue diciendo: "Otro problema que se plantea es este: si todo lo que el paciente dice está en relación con su analista, y *casi todo lo que ocurre en la sesión es transferencia*, se reduce al mínimo la relación adulta (o sana) entre el paciente y el analista, fomentando en el primero regresiones patológicas. De esta manera siempre el paciente es un chico de quien el analista es un papá, y se fomenta iatrogénicamente la regresión, pero no la regresión útil, de modo que a ese nivel lo que se logra es enfermar más al paciente. De esa manera, nosotros los analistas podemos ser paradójicamente reforzadores de neurosis". (Bastardillas del autor.)

La claridad expositiva de Guiter me exime de mayores comentarios y a mi modo de ver avala con creces el empleo de las interpretaciones "extratransferenciales".

Coincido con el criterio de Guiter y entiendo que en ninguna terapia interpretativa debieran descuidarse las distintas transferencias extraterapéuticas, ni mucho menos reducir la tarea al análisis de la transferencia con el terapeuta.

Pero en el terreno de la P.B. debemos reconocer la existencia de un inconveniente en nuestra labor de análisis de las relaciones del paciente con los distintos objetos transferenciales de su realidad externa: el terapeuta llega a conocer poco al paciente en su relación terapéutica, dado el limitado contacto que proporciona el tratamiento. Esto podría derivar en apreciaciones e interpretaciones erróneas de la realidad externa del paciente (aun cuando la comprensión de la transferencia, ya evidenciada con el terapeuta, sea de todos modos un elemento valioso para diagnosticar las características de las relaciones objetales del paciente, al igual que la de la contratransferencia; cabe recordar precisamente que en psicoanálisis el conocimiento que con el transcurso del tiempo adquiere el analista de las características de la transferencia desarrollada por el paciente con él, por lo general le resulta de gran ayuda para inferir e interpretar las demás transferencias del paciente. En P.B. debemos desenvolvernos prácticamente sin esa ayuda desde el comienzo). Pero considero que este escollo puede ser —y es— salvado la mayoría de las veces mediante un estudio clínico y psicodiagnóstico *previo* del paciente lo más amplio posible, el cual se impone en P.B. como poco menos que imprescindible para brindar adecuado sustento a nuestra posterior labor terapéutica.

Por otra parte, dado el encuadre de la P.B. y como lo he venido repitiendo, los mecanismos terapéuticos no consisten en el desarrollo y elaboración de la neurosis transferencial; la labor no tiene por qué concentrarse entonces en el análisis exhaustivo de la relación terapéutica —que podría propiciar el desenvolvimiento de la neurosis de transferencia—, acudiéndose en cambio a interpretaciones que la develen y clarifiquen parcialmente *solo en determinadas circunstancias* que así lo aconsejen y que en seguida he de citar.

Con el propósito de evitar fenómenos transferenciales intensos Pumpian-Mindlin (36) sugiere "desviar la transferencia", es decir, los problemas a tratar, hacia una figura importante para el paciente en vez de concentrar la actividad en la relación paciente-terapeuta. Yo no llamaría a esto "desviar la transferencia"–donde *desviar* podría ser entendido como *desviar forzadamente*—, sino más bien, de acuerdo con lo que casi siempre sucede en la práctica, *jerarquizar* otras transferencias preexistentes del paciente, en función, primeramente, de su real significación en su vida (como que se trata de relaciones objetales dotadas de un importante monto de libido), y en segundo lugar del encuadre y las finalidades del procedimiento terapéutico breve.

En consecuencia, como en una terapia breve suele darse un predominio de las mal llamadas interpretaciones "extratransferenciales" sobre las "transferenciales", la tarea inter-

pretativa se diferencia claramente de la del tratamiento psicoanalítico, en la cual prevalecen las segundas o, por lo menos, hay una mayor proporción de ellas con relación a la que por lo general hallamos en un tratamiento breve (las diferencias se acentúan mucho más cuando se trata del análisis kleiniano que del análisis que mantiene una modalidad técnica freudiana).

Interpretaciones "transferenciales"

En P.B. existen criterios dispares en cuanto al uso de interpretaciones "transferenciales". Malan señala que parece haber acuerdo general acerca de la necesidad de no fomentar el desarrollo de la neurosis de transferencia.[21] La cuestión estriba en cómo hacerlo. Allí comienzan las divergencias. Malan no ve inconveniente alguno en emplear precoz e intensivamente interpretaciones "transferenciales". Sostiene que los peligros que se corren (de aumentar la dependencia, por ejemplo) son escasos, que precisamente es a través de estas interpretaciones como se puede contrarrestar el desarrollo de una neurosis transferencial y les asigna un papel muy importante en el logro de resultados favorables (34). Rogers, en el otro extremo, alarmado porque inducirían al paciente a la dependencia, propone suprimirlas por completo (40). Pero tal vez la mayoría se incline por un uso prudente y limitado (2) (14) (48), pues considera que, utilizadas de modo sistemático como en psicoanálisis, pueden fomentar la neurosis de transferencia (7) (14). Comparto plenamente esta posición. Además entiendo que por lo común el paciente tarda en aceptar como algo propio los elementos de la transferencia con el terapeuta, y que no tenemos tiempo suficiente para insistir demasiado en ellos (ni es conveniente hacerlo en P.B., por múltiples razones) y mucho menos para incluir revelaciones acerca de las raíces

[21] He citado antes una excepción a este requisito: la centralización, preconizada por Alexander y French, *de algunos tratamientos* de corto plazo en la relación transferencial (véase cap. 3, pp. 38 y 40), por lo cual se permite el desarrollo de ciertos aspectos de la neurosis de transferencia (aquellos inherentes al conflicto central de la terapia) y se recurre frecuentemente al empleo de interpretaciones transferenciales (1).

genéticas infantiles del conflicto transferencial. El paciente acude para resolver problemas vitales actuales que lo afectan, concurre solo una o dos veces por semana; si tratamos, a pesar de tal situación, seguimos instándolo a que se concentre en su relación con nosotros, podremos generar considerables resistencias a la tarea, que reducirán nuestras posibilidades, fundadas en el *insight*, de alcanzar el éxito terapéutico deseado.[22]

Por eso creo que debemos conformarnos con proveer al paciente de elementos para la concientización de sus transferencias con personas significativas, generalmente involucradas en la situación conflictiva en cuestión, e incluir el vínculo con el terapeuta, en la mayoría de los casos, solo como una nueva relación transferencial —y no como eje del tratamiento— en la que pueden, eso sí, aflorar quizá más selectivamente y apreciarse con mayor claridad las pautas repetitivas y neuróticas de conducta. Así, sin dejar de "seguir el hilo" de los fenómenos transferenciales relacionados con el foco (o que a su comprensión se refiera), el terapeuta deberá, por lo general, tratar de no estimular con sus intervenciones (me refiero a las de cualquier tipo, es decir, no solo a las interpretaciones sino también a los señalamientos, preguntas, etc.) un surgimiento excesivo de este tipo de material. Muchas veces tendrá entonces que abstenerse de interpretar la transferencia.

[22] En este sentido no pueden menos que llamarme poderosamente la atención algunas interpretaciones "transferenciales" formuladas por terapeutas del equipo que integró Malan en la experiencia clínica que ilustra su libro las que me impresionan como prematuras (34). Por ejemplo, en uno de los casos (el biólogo), ya en el curso de la octava sesión del tratamiento se le efectuaron al paciente varias interpretaciones sobre sus deseos de mantener una relación homosexual pasiva con el terapeuta, lo que produce sorpresa aun teniendo presente que esto sucedió en Londres, donde existe una mayor tolerancia a la homosexualidad. Es sabido que interpretaciones de este calibre, por estar referidas a tendencias a menudo intensamente reprimidas cuya revelación al paciente resulta en extremo angustiante, y por su carácter de transferenciales, exigen como mínimo que transcurra cierto período durante el cual la consolidación de una relación transferencial positiva sublimada con el terapeuta y el avance del paciente en la comprensión profunda le permitan aceptarlas, respetando siempre su *timing*. De lo contrario, como es obvio, suelen producirse diversas respuestas negativas en el paciente. Me queda la duda de si en pocas sesiones, como en el ejemplo citado, se cumplían en verdad estos requisitos elementales. (Es claro que en los historiales clínicos que integran la obra de Malan se registran justamente fuertes reacciones resistenciales, sobre todo de carácter hostil.)

Pero paralelamente se da el hecho incontrastable de que, si en ciertos momentos no se apela a la interpretación "transferencial", podrán aparecer o acentuarse diversas dificultades. Casi siempre se trata de la interpretación de la transferencia negativa. Seguiríamos así la regla freudiana de no interpretar la transferencia positiva sublimada, que en cambio deberá ser estimulada y utilizada para hacer posible la labor terapéutica (18) (19). En esto último coinciden autores como Bellak y Small (2) y Malan (34). Veamos entonces cuáles son las situaciones principales en que será necesario recurrir al empleo de interpretaciones "transferenciales".

(a) *Cuando surgen resistencias transferenciales.* Habrá que tratar de vencer a través de la tarea interpretativa los obstáculos resistenciales provenientes de la transferencia apenas hacen su aparición (28).[23] Ausencias, llegadas tarde y otras dificultades del paciente, esencialmente para aportar material focal (intervalos de silencio reiterados, apartamiento de lo focal), pueden casi siempre ser interpretadas, al menos en parte, en relación con situaciones transferenciales.

A título de ilustración daré un sencillo ejemplo: una mujer joven, en un momento del tratamiento breve, *se negaba a hablar durante las sesiones*, a las que asistía con una expresión de enojo hacia mí sin que ella misma encontrara motivos razonables que pudieran justificar tal estado. Al cabo de algunas sesiones pude apreciar con claridad que repetía en su vínculo conmigo el tipo de relación que tenía con su padre,

[23] De todos modos las manifestaciones resistenciales suelen ser, como dijimos (véase cap. 3, p. 40), de menor magnitud que en el tratamiento psicoanalítico, en el que, cabe también repetirlo, el analista puede y debe dedicar muchos esfuerzos a la interpretación de aquéllas. En la P.B., dado el tipo de relación terapéutica existente, suele generarse un menor monto de hostilidad transferencial en el paciente, razón por la cual *ciertas resistencias de transferencia* se desarrollarían menos (28). Cuando ya *a priori* del tratamiento o a lo largo del mismo éstas se presentan muy marcadas, las perspectivas pronósticas se ensombrecen en una terapia de corto plazo pues el encuadre de la misma no permitirá trabajar suficientemente sobre ellas para mejorar las condiciones terapéuticas, que deben contar con una transferencia positiva real y más o menos estable y no solo "superficialmente" positiva. En estos casos de pacientes que en el fondo tienen grandes resistencias es cuando los resultados aparentemente buenos que se logran se fundan en curas transferenciales. El paciente se siente forzado a "cambiar" y esos "cambios" no provienen de un *insight* genuino.

a quien desde tiempo atrás no le dirigía la palabra. Revelé esta situación transferencial a la paciente, lo que permitió remover el obstáculo y facilitar el curso ulterior del tratamiento, al disipar de inmediato y en gran parte la resistencia surgida, lo cual se logró mediante un mensaje interpretativo, denunciador del "falso enlace", pero que a la vez desalentaba la reviviscencia de situaciones infantiles en la relación con el terapeuta.[24]

(b) *Cuando pueden constituir para el paciente un elemento demostrativo de determinados aspectos de su problemática focal.* La relación con el terapeuta podrá en cualquier momento funcionar como un modelo experimental clarificador de los problemas del paciente en sus relaciones interpersonales. Pero convendrá que la interpretación de la transferencia se realice en circunstancias en que el fenómeno transferencial pueda ser reconocido claramente por el paciente. De este modo un fragmento de la transferencia se convierte de pronto en punto de partida para suministrar *insight* al paciente acerca de conflictos con otros seres de su vida actual –y eventualmente del pasado– pues el propósito es, básicamente, establecer de inmediato la conexión con esos objetos de sus conflictos, para lograr una adaptación a la realidad.

Recurriré nuevamente a un ejemplo clínico: se trata de una paciente de 32 años considerada como caracterópata histérica con rasgos fálicos marcados. La situación conflictiva principal en la terapia era la relación intensamente competitiva y sadomasoquista que había establecido con su cónyuge; descubrí que lograba a menudo irritarlo hasta ponerlo fuera de sí, provocando en él violentas reacciones contra ella que llegaban al ataque físico. La relación iba sufriendo un progresivo deterioro, motivo principal de su consulta.[25] Fue necesario mostrarle, a través de una revisión parcial del vínculo transferencial, cómo trataba insistentemente y de un modo

[24] El riesgo de caer en el *acting out* o las manifestaciones concretas de tal conducta conforman también un difícil y muy perturbador escollo resistencial (dadas sus consecuencias para el paciente y en particular para el futuro del tratamiento), que como tal exige el empleo de interpretaciones "transferenciales", al igual que el erotismo transferencial.

[25] Su marido se mostraba reacio a la psicoterapia, por lo que no fue posible llevar a cabo un tratamiento de pareja.

inconsciente de atacarme y denigrarme, sobre todo con comentarios hostiles acerca de los psiquiatras, y de provocar así sentimientos de rechazo, rabia y frustración. (Resultaba claro que quería despertar mi enojo hasta lograr sacarme de mis casillas del mismo modo que a su marido. Deseaba "triunfar" sobre mí y, procurando ponerme "ciego de rabia", anularme en mi capacidad terapéutica pensante. En el fondo su conducta respondía una vez más a un intenso masoquismo que la llevaba a buscar que la maltrataran y también a atentar contra la relación terapéutica.) Con esta intervención intenté lograr un *insight* en la paciente de lo que le sucedía con su marido, partiendo de la comprobación de la situación que experimentaba repetitivamente conmigo. A la vez traté de llamar su atención acerca de cómo esos aspectos enfermos de su personalidad conspiraban también en la terapia haciéndola peligrar seriamente. (Podrá notarse en este último ejemplo que en verdad la intención de relacionar el fenómeno transferencial con algunas perturbaciones en las relaciones interpersonales de la realidad actual de la paciente está acompañada por la de disolver obstáculos resistenciales, lo que es frecuente en la práctica psicoterapéutica. También en el ejemplo anterior se da en alguna medida tal coexistencia, pero con predominio de la finalidad de superación de las resistencias.)

Todavía cabe hacer referencia al uso de interpretaciones "transferenciales" *según las fases por las que esté atravesando el tratamiento*. En este aspecto considero que tanto en las etapas iniciales como en las finales del proceso terapéutico es cuando suele producirse, por lo general, una mayor necesidad de recurrir a estas intervenciones. Durante las primeras sesiones porque es preciso despejar el panorama de resistencias transferenciales dadas por el natural surgimiento de ansiedades paranoides, que se traduce en temores y desconfianza (se están efectuando entonces los consabidos "ajustes" a la relación de trabajo y fomentando los sentimientos transferenciales positivos), y en los estadios finales porque la terminación de la terapia y la eventual separación requieren cierta labor interpretativa que contemple en alguna medida las peculiares situaciones de duelo que se reproducen en cada paciente en el seno de la relación transferencial. Aunque en el mejor de los casos no es posible aspirar a niveles muy elevados de elaboración, por lo menos la situación de final de tratamiento y separación deberá ser siempre señalada al paciente, en un intento de evitar o atenuar las reacciones desfavorables que éste pudiese presentar frente a tal situación y de afianzar así los logros terapéuticos obtenidos. (Este tema es examinado en el capítulo 9.)

C) Variantes cualitativas en las interpretaciones. Atenuación de efectos regresivos

Ya dije que a mi juicio el empleo –sobre todo sostenido— de interpretaciones "transferenciales" es en psicoanálisis un factor favorecedor del desarrollo de la neurosis transferencial regresiva, pues lleva al paciente a concentrar su interés en el vínculo terapéutico y lo estimula a revivir en el mismo situaciones pretéritas (aun cuando en última instancia, al hacer consciente lo inconsciente, mostrándole así la conexión equivocada, serán *a la larga* en el proceso psicoanalítico el instrumento fundamental por antonomasia, precisamente, para la resolución de la neurosis de transferencia). Partiendo de esta postura podrá comprenderse la preocupación de algunos autores y la mía propia, en el terreno de la P.B., por debilitar su efecto inductor de la regresión. La idea es no dejar de utilizarlas cuando debemos servirnos de ellas, pero disminuyendo en lo posible su potencial regresivo. Esto implica, además de la obvia restricción cuantitativa en el empleo de este tipo de interpretaciones, el tener que realizar modificaciones técnicas de índole cualitativa en dicho empleo. Personalmente pienso que estas modificaciones deben concernir no solo a lo *verbal*, sino también a lo *para y preverbal del mensaje interpretativo*, ya que, como sabemos, el tono de voz por ejemplo, así como la expresión corporal del terapeuta al formular la interpretación, no son indiferentes en cuanto a su repercusión en el paciente y en lo que a sus tendencias regresivas se refiere. Podemos afirmar que, muy por el contrario, inciden considerablemente. En realidad ante *cualquier interpretación*, transferencial o no, esta cuestión se planteará en mayor o menor medida en la P.B. Ha dicho Weiss: "El uso diestro de las interpretaciones (en cuanto a elección, momento y *forma de presentarlas*) es el medio más eficaz de que dispone el terapeuta para regular el *tipo* y la *intensidad de la relación*" (45). (Las bastardillas son mías.)

Se trata entonces de controlar, en la medida de lo posible, la intensidad de la regresión transferencial. Para ello es necesario que las interpretaciones posean ciertas condiciones, sobre todo que establezcan una ligazón de manera prácticamente constante entre lo que le sucede al paciente en su relación con el terapeuta y en las relaciones con los objetos transferenciales del "afuera". La intención es incluir siempre la realidad que está más allá del consultorio, hacia la cual se ha de orientar continuamente al paciente, disminuyendo de esta manera la concentración excesiva de la exploración psicológica en el vínculo con el terapeuta. Encontramos que Szpilka y Knobel (42) sugieren algo similar, como una manera de usar la transferencia sin los peligros de una neurosis transferencial, esto es "...acompañar a cada *interpretación* de lo que ocurre con el terapeuta, un *señalamiento* de lo que ocurre además con sus amigos, parientes o demás objetos significativos de su mundo externo". (Bastardillas de los autores.)

También a Knobel y Szpilka les corresponde una de las observaciones más interesantes y claras que he encontrado a propósito del problema que estamos considerando: "Una buena utilización de la transferencia en las 'psicoterapias breves' es aquella que permite la alusión al terapeuta, pero para deshacer en seguida la confusión que surge de esa alusión. Deshacer significa decirle a la parte adulta de la personalidad del paciente que él se porta con el terapeuta como si fuera su padre, su madre o cualquier otro objeto significativo primario, pero que en realidad esto es fruto de su percepción errónea de la realidad, ya que en verdad por tales o cuales motivos objetivos el terapeuta no es ninguno de esos objetos primarios por él traídos y por el terapeuta representados. Entre la emergencia del trozo de transferencia y su resolución debe transcurrir por otro lado el *menor tiempo posible*, y casi diríamos que apenas emerge es necesario deshacerla" (42). (Bastardillas de los autores.) En un trabajo de Córdoba, Andrés Rascovsky y Wencelblat se observa un neto paralelismo con estas ideas (3). A mi entender, estamos ante un punto clave dentro de la labor interpretativa. Considero que implica que el mensaje, ora manifiesto, es decir explicitado en la interpretación, ora, eventualmente, implícito en su contenido, debe ser tal que desaliente la prosecución de la reviviscencia de situaciones infantiles en el seno de la relación transferencial, lo que significa

renunciar a explotar en su mayor parte el "como si" metafórico de la técnica psicoanalítica.[26] A la importancia del contenido y de la forma de la interpretación habrá que agregar, reitero, la influencia de otros factores, por ejemplo, el tono de voz empleado. (El modo en que se dice la interpretación, la acentuación que el terapeuta confiere a ciertas palabras o frases que la integran, puede también "invitar" al paciente a establecer una relación regresivo-dependiente del terapeuta o, por el contrario, desalentarla.)

Para controlar la regresión y en lo que respecta a las interpretaciones en general, registramos algunas coincidencias relativas a la conveniencia de que las intervenciones del terapeuta incluyan siempre dos aspectos opuestos y coexistentes del paciente y no uno solo de ellos. Verbigracia: lo infantil acompañado de lo adulto, lo agresivo de lo constructivo (Szpilka y Knobel [42], Fiorini [13]).[27] Se trata de no polarizar hacia aquello que fomente regresión, dependencia e inseguridad, al tiempo que de llamar la atención al paciente sobre sus aspectos adultos o mejor integrados y sus posibilidades evolutivas y autónomas.

Otro recurso a tener en cuenta para evitar que el paciente establezca una relación excesivamente regresivo-dependiente es presentar las interpretaciones bajo la forma de preguntas o sugerencias (Gerard [23], Tarachow [43]), como hipótesis que son, en una actitud de cierta humildad (Fiorini [16]), tendiente a contrarrestar la idealización de la figura del terapeuta. Para ello también será útil mostrar al paciente de qué elemen-

[26] Que Malan haya realizado y recomiende un uso enérgico de interpretaciones "transferenciales" en los tratamientos breves, afirmando que no contribuyen a fomentar la dependencia sino más bien a resolverla (34), hallaría explicación en el estilo interpretativo empleado, que tal vez pudiera participar en cierta medida de las características que menciono, aunque cabe aclarar que éstas no son reveladas en las ejemplificaciones incluidas en la obra del autor y personalmente ignoro si el estilo tiene alguna relación con el aquí propuesto.

[27] Encuentro que esta iniciativa guarda en parte relación con lo que plantea Racker cuando se refiere a las interpretaciones que él llama *parciales e integrales*. En las primeras "[...] los aspectos positivos del analizado no son adecuadamente considerados" (se frustra al paciente "más de lo que para el mantenimiento de la transferencia positiva está indicado"). En las segundas se incluyen los aspectos positivos. Así, por ejemplo, junto a la agresión, se le muestra al paciente el amor que también existe hacia el objeto (38).

tos del material aportado por él extraemos nuestras interpretaciones.

La actitud que debe asumir el terapeuta respecto a *los elementos históricogenéticos del conflicto actual* y, particularmente, a su eventual inclusión en las interpretaciones que se emiten al paciente, es un punto que en parte ya fue tratado en la Introducción (pp. 121 y 122), a propósito de la profundidad de las interpretaciones en P.B., por lo que le caben las consideraciones allí expuestas.[28] No obstante, querría insistir en algunos aspectos fundamentales y puntualizar otros a fin de redondear la visión del tema.

Ante todo, no debemos dejar de reconocer que poner excesivo énfasis en los aspectos infantiles del paciente puede promover la regresión. Por eso una posición extrema consistiría en evitar toda incursión por estos niveles del conflicto. No participo de este criterio, por más que en los tratamientos breves parece aconsejable abstenerse de interpretar en primera instancia y de manera sistemática en torno a tales aspectos, y partir en cambio de la referencia a los factores actuales en juego. (En P.B., por consiguiente, a diferencia de lo que sucede en el tratamiento psicoanalítico, no habría una intención prioritaria de remitirse a las experiencias tempranas de la vida del paciente.) Pero lo cierto es que en la práctica se presentan situaciones en que se tiene la impresión, *a priori* o en el curso de un tratamiento breve, de que, en tanto no se incorporen a las interpretaciones elementos del pasado infantil —los que, por supuesto, siempre se toman en cuenta para comprender el conflicto– podrá producirse un estancamiento en el proceso de conscientización y cambio en el paciente. En tales circunstancias el terapeuta podrá estimar que es necesario efectuar una revisión y una labor interpretativa más profunda de las perturbaciones del paciente.

Reconocida la necesidad de que la tarea interpretativa abarque conflictos genéticos infantiles, estudiaremos en cada caso si es posible poner esto en práctica con posibilidades de que sea terapéuticamente eficaz. Convendrá tomar algunas precauciones (sobre todo si se trata de interpretar la transferencia con el terapeuta) que, reiterando lo ya señalado en otras oportunidades, serán las siguientes: 1°) Que el paciente demuestre estar capacitado para recibir y aprovechar estás interpretaciones, sin experimentar reacciones desfavorables (esto significa en esencia respetar el *timing*). 2°) Que las condiciones del encuadre, principalmente las temporales (duración, frecuencia y periodicidad de las sesiones; duración total del tratamiento), sean propicias. 3°) Que los componentes histórico-genéticos a incluir en las interpretaciones sean pertinentes a la estructura focal.[29] A esto habrá que agregar que:

4°) Se podrá trabajar sobre un conflicto infantil derivado (ej.: con relación a un hermano/a),[30] pero el terapeuta no debe aspirar mayormente a eliminar la amnesia infantil (Dewald [5]),aunque, cuando se considere necesario hacerlo, habrá que aludir de manera directa a componentes del conflicto original. En este último caso realizo una labor interpretativa siempre parcial, limitada a lo que es inmediatamente atinente a la situación-problema, o sea a lo necesario para lograr cierta movilización y progreso en el paciente, descartando otros aspectos del conflicto pues no es posible abarcarlo en su totalidad y propender a su elaboración y carece de sentido "abrir heridas" en las defensas. Así, difícilmente llegue en una terapia breve a enfrentar al paciente con su complejo edípico mostrándole directamente, por ejemplo, el significado incestuoso o parricida de sus fantasías.[31]

5°) El modo de formular las interpretaciones tenderá a facilitar que el paciente más que nada *comprenda* los determinantes históricos del conflicto actual en vez de hacerle revivir emocionalmente los conflictos infantiles en el seno de la relación transferencial. Este punto responde al criterio sustentado por Szpilka y Knobel en el sentido de que el *insight* en P.B. ha de tener "mayor participación cognitiva que afectiva" (42). A

28 Véase también el cap. 3 (p. 34).

29 Recordemos que Fiorini, en su modelo teórico de foco, considera "los aspectos histórico-genéticos individuales y grupales reactivados" dentro del problema actual del paciente (8).

30 Véase el caso de J. (cap. 13).

31 En la experiencia descripta por Malan (34), en cambio, los terapeutas suelen adoptar una actitud radical al explorar e interpretar temprana y enérgicamente conflictos primarios del paciente (problemas "edípicos") en muchos de los casos presentados. Malan afirma que no hubo pruebas de que los pacientes hubiesen sufrido algún dano ni tenido necesidad de prolongar el tratamiento.

propósito de este aspecto de la técnica han dicho estos autores: "Debemos reconocer que esto, para algunos individuos, puede servir perfectamente para movilizar situaciones internas, para las cuales aún no tenemos métodos de evaluación y que pueden ser útiles para lograr una adaptación productiva a la realidad" (42).

Como corolario de la revisión de las distintas modificaciones y agregados realizables en las interpretaciones, podemos afirmar que: *de acuerdo con la conformación de la interpretación y la modalidad que asume su formulación, aquélla podrá favorecer el desarrollo de la regresión y el de la neurosis de transferencia o, por el contrario, tender a neutralizarlos.*

D) Interpretación de los sueños

En P.B. no hay tampoco una unidad de criterio respecto a si deben o no formularse interpretaciones del material onírico de los pacientes.

La interpretación de los sueños, practicada del mismo modo que en psicoanálisis, entrañaría un riesgo básico, dado por la posibilidad de estimular excesivamente la producción de fenómenos regresivos en el paciente. Pese a ello creo que no conviene rechazar de plano un material tan apropiado, ya que la interpretación onírica es "la vía regia" para el conocimiento de lo inconsciente" (Freud [20]) y por consiguiente constituye una ayuda valiosísima para detectar el punto de urgencia. Pero una vez más habrá que tomar ciertos recaudos para tratar de controlar la regresión que pudiera generarse. ¿Cómo responder a este problema técnico? Creo que frente a los sueños el terapeuta debe asumir la misma actitud que ante cualquier otro producto de la actividad psíquica (actos fallidos, fantasías, etc.), es decir, interpretar en la medida en que lo considere útil, aunque teniendo presente cuándo, qué y cómo interpretar. Pero veamos a qué me refiero con lo que acabo de mencionar.

Cuándo interpretar

La interpretación de los sueños deberá regirse por los mismos principios generales que presiden toda interpretación

en P.B., es decir que el material onírico se considerará interpretable sobre todo cuando sirva para clarificar la problemática focal. Hay sueños que desde su contenido manifiesto y por su relación con el contexto sugieren *a priori* su vinculación con el foco. (De cualquier manera no veo inconveniente alguno en intentar por lo general cierto análisis de los sueños aportados por el paciente. De lo que surja de tal análisis se verá si la formulación de interpretaciones resulta indicada o si, por el contrario, el sueño en cuestión deberá dejarse de lado en ese sentido, todo lo cual dependerá esencialmente, repito, de que se trate de material focal o no. Con esto quiero expresar que no acostumbro "dejar pasar" un sueño sin antes efectuar una tarea mínima de exploración de su contenido. En última instancia, aunque no derive en la formulación de interpretaciones, el análisis del sueño, aun limitado en sus alcances, constituye —así como sucede, por ejemplo, con los fenómenos transferenciales en general— un recurso de apreciable utilidad para enriquecer nuestra comprensión dinámica del paciente.)

Qué interpretar

Desde luego, será preciso jerarquizar aquellos aspectos del sueño inherentes a lo *actual-focal*, lo que implica conducir una vez más al paciente a tomar contacto con el conflicto central del tratamiento y reubicarlo así en la realidad de su vida cotidiana, reduciendo al mínimo la inducción de fenómenos regresivos. Por lo general se ha de evitar referir las interpretaciones a los deseos infantiles inconscientes, para remitirnos en cambio solo a las ideas latentes preconscientes.

Por otra parte, siempre dentro de lo pertinente al conflicto a resolver, deberán interpretarse más que nada *aquellos contenidos que parecen más claros para el paciente*, pues la limitación del tiempo permite introducirlo solo hasta cierto punto en los significados de los mecanismos oníricos (Hoch [28]).

Cómo interpretar

Consideraremos dos cuestiones: una referente al método de análisis de los sueños y otra al contenido de las interpretaciones formuladas al paciente.

Los recursos para analizar los sueños son en esencia los del psicoanálisis, incluyendo el auxilio brindado por las asociaciones libres del paciente, a quien pueden pedírsele asociaciones a partir de los distintos elementos, tal como se hace en la técnica psicoanalítica.

La tarea interpretativa se efectuará siguiendo las normas ya señaladas para la interpretación en la P.B. psicoanalíticamente orientada, en lo que concierne especialmente a la focalización y la transferencia.

E) El terapeuta frente a la labor interpretativa

En mi experiencia de supervisión en tratamientos breves he venido observando con frecuencia que los colegas cometen diversos errores generados por la extrapolación de elementos técnicos del psicoanálisis, sin modificación alguna, a la técnica breve. Entre ellos encontramos, muy corrientemente, el abuso en la referencia a situaciones transferenciales. Recuerdo con relación a esto un acertado comentario: "Se me ocurre que toda terapia breve apela a la más exquisita sensibilidad del terapeuta, en cuanto que significa justamente cabalgar permanentemente entre la transferencia y la extratransferencia" (49). Fiorini ha puntualizado asimismo la necesidad de que el terapeuta se autocontrole en la utilización de interpretaciones "transferenciales" (14).

Ciertas dificultades propias del terapeuta determinan que éste, además de emplear reiterada y excesivamente interpretaciones de la transferencia, con sus consiguientes peligros, no contrarreste sus efectos regresivos.

(En cuanto a los motivos subyacentes a esta actitud del terapeuta, serán considerados en el capítulo 8.)

Otras intervenciones verbales

Además de las interpretaciones, el terapeuta cuenta con diversos instrumentos en la psicoterapia verbal. Entre los más destacables podemos citar:

1) Los *señalamientos*, herramienta terapéutica necesaria en toda terapia de *insight* para facilitar la labor interpretativa.

2) Las *preguntas*. Tienen cabida no solo en la etapa diagnóstica sino también durante el tratamiento propiamente dicho, a fin de obtener diversos datos acerca del paciente que surgen como necesarios sobre la marcha. También en este punto puede apreciarse el papel activo que desempeña el terapeuta. En otro orden de cosas, las preguntas revelan un terapeuta no omnipotente e interesado en el paciente (16).

3) El *suministro de información*. En ocasiones puede ser beneficioso brindarle información al paciente acerca de ciertos temas, tales como por ejemplo los vinculados a la sexualidad.

4) Las *sugerencias*. Son de diversa índole. Ejemplo: desde Freud se toma en cuenta la posibilidad de estimular al paciente fóbico, en un momento dado del proceso terapéutico, a que enfrente las situaciones temidas (21).

5) Los *comentarios*. Se realizan esencialmente con el propósito de fomentar el intercambio verbal.

6) Las *intervenciones de reaseguramiento o refuerzo*. He hecho ya alusión a las mismas al referirme al tema *Fortalecimiento y activación de funciones yoicas* en el cap. 3, pp. 47 a 49.

7) Las *indicaciones*. Ejemplo: la prescripción de una psicodroga.

8) Los *consejos*. De uso muy esporádico, excepto cuando se trata de una técnica de apoyo emocional.

Sobre las sesiones

En primer término me referiré a la *frecuencia* de las sesiones.

En general, es conveniente adecuarse a las necesidades de cada caso en particular. Sin embargo puedo decir que, en la mayoría de los casos, dos sesiones semanales es un número apropiado para una psicoterapia breve de *insight* pues, a la

vez que posibilita una tarea de cierta profundización, restringe las perspectivas de regresión y dependencia, que podrían verse acrecentadas con un mayor número de sesiones.

En ocasiones puede bastar con una sesión por semana.

Además, para facilitar la separación al terminar el tratamiento, a veces puede ser útil ir reduciendo de un modo gradual la frecuencia de las sesiones (siempre que el estado del paciente lo permita).

Una mayor frecuencia puede ser conveniente, al menos en un comienzo, en casos tales como:

a) *Situaciones de crisis muy intensas*, que transcurren con gran angustia, depresión, excitación psicomotriz, etc. En depresiones intensas y agudas, por ejemplo, con gran necesidad de suministros narcisistas, dada la disminución de la autoestima. Se intentará así lograr un rápido alivio sintomático que estimule a su vez la confianza del paciente en sus posibilidades de mejoría. (*A posteriori* podrá reducirse el número de sesiones.)

b) *Pacientes con marcadas tendencias al acting out*. Para prevenir y frenar los *actings*, suele ser recomendable una frecuencia de más de dos sesiones semanales a la par de interpretar las fantasías transferenciales que pudiesen estar presentes. (Más comentarios sobre este punto podrán hallarse en el capítulo 10.)

En cuanto a la *duración* de las sesiones, se supone que puede también variar de acuerdo con las circunstancias. Personalmente pienso que una duración de cuarenta minutos por sesión resulta adecuada, ya que alcanza generalmente para efectuar una tarea provechosa. A medida que la sesión se extiende por más tiempo aumentan las posibilidades de fatiga del terapeuta (no olvidemos que en P.B. se trabaja por lo común frente a frente, ejerciendo el profesional un papel activo y buscando obtener determinados resultados en un plazo limitado, para lo que debe agilizar el proceso terapéutico, todo lo cual implica generalmente la realización de un esfuerzo importante).

Otros recursos terapéuticos

En muchas ocasiones resulta beneficioso agregar otras herramientas terapéuticas a la psicoterapia individual verbal y breve. Es sobre todo en el marco institucional donde se dan las oportunidades más propicias para efectuar tratamientos combinando instrumentos terapéuticos que incluyen, eventualmente, una tarea en equipo con otros trabajadores de la salud mental, la que puede ser altamente positiva. Por supuesto que cuando se apela a otros elementos el punto de partida debe ser siempre una fundamentación psicodinámica acerca de su incorporación al tratamiento y de los efectos que se persiguen con ella.

Uno de los tantos propósitos válidos y usuales en la aplicación de diversos recursos en P.B. es el de procurar agilizar el proceso terapéutico.

Las alternativas con que contamos en el momento actual son en verdad numerosas: psicodrogas, intervención de familiares y/o allegados del paciente, dramatización, psicoterapia grupal, terapia ocupacional, comunidad terapéutica, hipnosis, servicio social, internación breve, etc. (9) (10) (14) (46) (47).

Me ocuparé de dos recursos que me son más conocidos por utilizarlos en mi experiencia personal como terapeuta. Ellos son: el empleo de psicofármacos y la participación de familiares y/o allegados del paciente en el tratamiento.

El empleo de psicofármacos

La combinación de psicoterapia y psicodrogas puede ser muy útil en diversas circunstancias, siempre que se realice teniendo presente ciertas precauciones. No insistiré en las reconocidas ventajas provenientes de los efectos de la medicación (alivio sintomático; mejoría en la comunicación, como para permitir el acceso a la psicoterapia de pacientes que de otro modo sería muy dificultoso tratar; facilitación del *insight*, etc.). En cambio puntualizaré algunos aspectos de su aplicación, así como ciertas dificultades que pueden surgir si los psicofármacos no son manejados adecuadamente.

En primer término, opino que la medicación debe ser suministrada en lo posible por el mismo terapeuta encargado

de la psicoterapia (siempre y cuando, claro está, se trate de un profesional capacitado para el manejo de los psicofármacos). Sin duda es él quien, conociendo al paciente mejor que sus colegas, parece el más indicado para poder realizar una elección adecuada del fármaco, graduar la dosis, controlar sus efectos e ir efectuando las modificaciones que juzgue convenientes, sin que se necesite la participación de un tercero.

En segundo lugar, y particularmente en aquellas ocasiones en que se efectua una terapia breve de *insight*, deberá evitarse un empleo indiscriminado y rutinario de la medicación, ya que esto puede conducir al paciente a escamotear sus conflictos, anulándolo en sus posibilidades de esclarecerlos y de encontrar una solución más satisfactoria para ellos. Se suministrará medicación solo en aquellas situaciones en que su uso sea requerido como coadyuvante de la psicoterapia y durante el tiempo que se considere estrictamente necesario.

Aquí es pertinente recordar también que ya algunos han alertado sobre los peligros que entraña *la idealización del medicamento*, a causa de que este hecho puede engendrar en el paciente actitudes maníacas (30). Otros han asignado decisiva importancia al hecho de que desde un comienzo se explicite al paciente el sentido de la administración de los psicofármacos (35), posición con la que coincido y por la cual acostumbro explicar al paciente, por ejemplo, que la medicación estará destinada a hacer posible (o facilitar) su comunicación conmigo, en el caso en que esta sea muy dificultosa. También es conveniente aclarar los objetivos del uso de las psicodrogas asociadas a la P.B. cuando se intente un alivio sintomático, explicando el carácter paliativo de su administración. Deberá insistirse al paciente que él debe aspirar a algo más, esto es, a la comprensión y resolución del conflicto por medio de la psicoterapia. Con estas explicaciones se tiende a evitar la eventual interferencia del efecto de la medicación en el proceso psicoterapéutico (el alivio fácil, sin los esfuerzos y la participación activa que supone la psicoterapia), o sea, a procurar que la mejoría sintomática no se acompañe de una desvalorización de la psicoterapia o directamente de la pérdida del interés por la misma.

Para aclarar la cuestión a los pacientes suelo recurrir a ejemplos sencillos: a menudo les refiero lo que sucede cuando a una persona se le suministra un analgésico (droga) para

calmar un dolor de muelas (representante del síntoma psíquico). El dolor puede ceder, pero pasado el efecto de la medicación y si no se recurre nuevamente a la misma, volverá, pues su origen, por ejemplo, es una caries (asimilable al conflicto psíquico), que es la que en definitiva debe tratarse. En síntesis, que si no intentamos "curar" la afección "de raíz" por medio de la psicoterapia, aquélla persistirá.

La participación de familiares y/o allegados del paciente en el tratamiento.

A menudo es necesario incluir en el proceso terapéutico breve a personas vinculadas con el paciente, lo que podrá tener lugar, ya en la fase diagnóstico-pronóstica, ya en la de búsqueda de objetivos comunes, en la terapéutica y/o en la de evaluación de resultados.

Las metas que más comúnmente se persiguen con esta conducta son:

1°) Obtener información. Resulta por lo general sumamente beneficioso tener la oportunidad de entrevistar a familiares y/o allegados del paciente y conocer sus impresiones sobre él.[32] Se procura además llegar a un diagnóstico psicodinámico de la pareja y/o familia, determinar el rol que en ella ocupa el paciente, sobre todo cuando la problemática está relacionada principalmente con su medio familiar, partiendo de la concepción de que aquél es en realidad el emergente de un grupo enfermo.

2°) Informar sobre el estado del paciente, para lograr que sus familiares o allegados asuman la responsabilidad del tratamiento en los casos en que esto sea necesario.

3°) Actuar terapéuticamente sobre el medio que rodea al enfermo. Esto podrá realizarse a través de entrevistas de orientación y además, si fuera menester, de una psicoterapia a cargo del mismo terapeuta que lleva a cabo el tratamiento del

[32] Dice S. Rado: "Al hablar con el cónyuge de un paciente de sobra sé que me va a pintar un cuadro parcialista, pero me entero de muchas cosas sobre mi paciente que puedo utilizar con provecho en mi tratamiento. Opino que el desaprovechar este recurso es violar una responsabilidad médica elemental" (39).

paciente o de otro, con o sin inclusión del paciente en el tratamiento grupal, todo esto de acuerdo con los criterios predominantes en cada caso. En ocasiones la indicación podrá ser una psicoterapia breve exclusivamente grupal (pareja, familia) y aun desde un comienzo.

Quisiera efectuar ahora algunas consideraciones acerca de la P.B. de pacientes adolescentes en lo que respecta al papel de los padres.

Se ha enfatizado en P.B. de adolescentes la necesidad de incluir a los padres en el tratamiento, ya que se hallan profundamente implicados en la crisis del hijo (31). Y no podría ser de otra manera cuando se trata de lograr modificaciones en un plazo por lo general limitado, para lo cual resulta hasta imperioso obrar sobre los progenitores y tener constantemente presente la unidad grupal de patología. Actualmente el tratamiento puede concebirse, no ya como una psicoterapia del adolescente sino del grupo familiar, hecho que debería configurar la regla y no la excepción en la P.B. del adolescente.

La participación de los padres (o tutores) del adolescente en el proceso terapéutico deberá extenderse desde el comienzo hasta el final del mismo. Además de los fines anteriormente mencionados por los que se da cabida a familiares y/o allegados del paciente en el tratamiento, se presenta especialmente aquí la necesidad de hacer intervenir a los padres en función de otros fines que se agregan y en determinadas fases del procedimiento. Ellas son: a) la de devolución diagnóstico-pronóstica, b) la de concertación de las metas terapéuticas y de los distintos aspectos del contrato y c) la de evaluación de los resultados terapéuticos.

a) Los padres, por ser responsables de la terapia y habérseles requerido colaboración, necesitan tener una noción del real estado de salud del hijo y de sus perspectivas pronósticas. Cuando no reciben información quedan más fácilmente supeditados a sus propias fantasías acerca de la enfermedad que el hijo padece, lo que puede producir efectos perturbadores de diversa índole, sea que la consideren más grave de lo que es en realidad o, por el contrario, que le resten importancia.

b) Es imprescindible concertar junto con el adolescente y sus padres los objetivos terapéuticos y el contrato. En lo que concierne específicamente a los objetivos, la situación más

deseable para encarar nuestra labor terapéutica consistirá en lograr un acuerdo unánime acerca de los mismos, es decir entre paciente, padres y terapeuta. Pero con frecuencia las cosas no son tan sencillas. Los padres suelen llegar a la consulta con determinadas expectativas e intenciones respecto de lo que han de obtener del tratamiento del hijo, que no coinciden con las del paciente y/o las del terapeuta. No es posible pasar por alto desacuerdos o malentendidos de un comienzo y dejarlos librados, por ejemplo, a la acción rectificadora que sobre los padres –en el caso en que sean ellos los que interfieren inicialmente en nuestras finalidades terapéuticas— podría más adelante ejercer la psicoterapia del grupo familiar a efectuarse, aun admitiendo que de ésta dependa sustancialmente que ellos acepten las modificaciones que puedan producirse en la dinámica familiar. Una *mínima concordancia inicial* acerca de los objetivos terapéuticos constituye un requisito fundamental porque permite comenzar la tarea en mejores condiciones y que los padres, ante los posibles cambios que experimente el hijo, no se sientan enteramente tomados por sorpresa o "traicionados" con relación a los planteos previos al comienzo del tratamiento respecto de los fines de éste. Tratemos entonces de que colaboren desde un principio y de ir preparándolos para que acepten esos cambios, lo cual ha de verse facilitado por medio de la psicoterapia familiar que vendrá a continuación. En caso contrario es mucho más fácil que sobrevengan inconvenientes derivados de la incomprensión y que consisten en diversos tipos de reacciones negativas por parte de los padres, por ejemplo actitudes represoras, culpógenas y en definitiva descalificadoras de los logros del paciente o, lo que es muy común, que directamente retiren al hijo del tratamiento.

Por otra parte es indudable que los padres tienen derecho a una aclaración sobre el sentido y alcance del tratamiento que el hijo va a emprender.

En caso de presentarse dificultades para llegar a un acuerdo inicial sobre objetivos, será de utilidad llevar a cabo, luego de obtenido un diagnóstico psicodinámico del grupo familiar y de la situación-problema, *entrevistas operativas* (44) destinadas especialmente a este fin, las que podrán ser conjuntas (29) con los padres y el adolescente, o bien realizarse por separado. Estas entrevistas adquieren en realidad gran

valor terapéutico, pues en ellas deben encararse ya algunos aspectos cruciales de la conflictiva familiar .

A modo de ejemplo de lo expuesto hasta aquí describiré una situación muy frecuente en la psicoterapia de adolescentes: la del joven que tiene una actitud de rebeldía hacia los padres. Ante todo debemos hacer comprender a esos padres que nuestra finalidad terapéutica no consiste simplemente en convertir al paciente de buenas a primeras en un hijo sumiso y obediente, sino en tratar de que juntos entendamos la problemática familiar global que puede estar dando origen a su rebeldía y el significado profundo de la misma, como expresión de la crisis adolescente y de la consiguiente crisis de ellos mismos. Se procurará que los padres lleguen a reconocer que también están inmersos en el problema y que para obtener ciertos cambios en la relación del paciente con ellos será menester que se comprometan firmemente en el esfuerzo terapéutico, pues habrá que revisar qué sucede, no solo con el paciente sino también con ellos.

c) Los padres no deben quedar excluidos tampoco de la evaluación de los resultados obtenidos.[33] Apelando una vez más a entrevistas conjuntas o por separado, se les solicitará que aporten sus impresiones sobre el estado actual del paciente, el de ellos mismos (cuando hayan sido tratados) y sobre el tratamiento, siendo objeto también de una devolución por parte del terapeuta mediante la cual éste informará acerca de su propia evaluación de los resultados terapéuticos.

[33] Se incluirá eventualmente a otros miembros del grupo familiar, cuando hayan tenido intervención en el tratamiento (hermanos del paciente, abuelos, etc.).

Referencias bibliográficas

1. Alexander, F. y French, T., *Terapéutica psicoanalítica*, Paidós, Buenos Aires, 1965.
2. Bellak, L. y Small, L., *Psicoterapia breve y de emergencia*, Pax-México, México,1969
3. Córdoba, L., Rascovsky, A. y Wencelblat, J. C.; "Psicoterapia breve en adolescentes", en *Cuadernos de la SAPPIA*, nº 2, *Psicoanálisis y psicoterapia breve en niños y adolescentes*, Kargieman, Buenos Aires, 1971.
4. Deutsch, F., *Applied Psychoanalysis: Selected Lectures on Psychotherapy*, Grune and Stratton, Nueva York, 1949. Citado por L. Small, *Psicoterapias breves*, Granica, Buenos Aires, 1972.
5. Dewald, P., *Psychotherapy: A Dynamic Approach*, Basic Books, Nueva York, 1964 (Vers. cast.: *Psicoterapia: un enfoque dinámico*, Toray, Barcelona, 1972.)
6. Ferenczi, S., Citado por D. H. Malan, *A Study of Brief Psychotherapy*, Tavistock, Londres, Charles Thomas, Springfield, Illinois, 1963. (Vers. cast.: *La psicoterapia breve*, Centro Editor de América Latina, Buenos Aires, 1974.)
7. Fiorini, H. J., "Delimitación técnica de psicoterapias", en H. J. Fiorini, *Teoría y técnica de psicoterapias*, Nueva Visión, Buenos Aires, 1973, cap. 3.
8. –, "El concepto de foco", en H. J. Fiorini, *ob. cit.* en 7, cap. 6.
9. –, "El papel de la acción en las psicoterapias", en H. J. Fiorini, *ob. cit.* en 7, cap. 12.
10. –, "Estrategias y articulación de recursos terapéuticos", en H. J. Fiorini, *ob. cit.* en 7, cap. 13.
11. –, "La primera entrevista en psicoterapia breve", en H. J. Fiorini, *ob. cit.* en 7, cap. 4.
12. –, "La relación de trabajo", en H. J. Fiorini, *ob. cit.* en 7, cap. 7.
13. –, "Problemática actual de las psicoterapias breves", en W. R. Grimson, (compil.), *Nuevas perspectivas en salud mental*, Nueva Visión, Buenos Aires, 1973.
14. –, "Psicoterapia dinámica breve. Aportes para una teoría de la técnica", en H. J. Fiorini, *ob. cit.* en 7, cap. 2.
15. –, "Psicoterapias y psicoanálisis", en H. J. Fiorini, *ob. cit.* en 7, cap. 14.
16. –, "Tipos de intervención verbal del terapeuta", en H. J. Fiorini, *ob. cit.* en 7, cap, 10.
17. Freud, S., "Consejos al médico en el tratamiento psicoanalítico", en S. Freud, *O.C.*, Biblioteca Nueva, Madrid, 1948, t. II.
18. –, "La dinámica de la transferencia", en S. Freud, *ob. cit.* en 17, t. II.

7

UNA SESION DE PSICOTERAPIA BREVE

Presentaré aquí el material de una sesión de psicoterapia focal, que estimo puede ser útil para ilustrar aspectos inherentes a la relación paciente-terapeuta, las intervenciones del terapeuta, la tarea de focalización y otros temas de interés. Antes que nada y para permitir una mejor comprensión de lo sucedido en la sesión, expondré los datos principales de la historia clínica y un esbozo de la estructura focal tal como fue concebida inicialmente.[1]

La paciente, a quien llamaré Rita, es una joven que en el momento de consultarme tenía 23 años de edad y estaba casada desde hacía catorce meses. Trabajaba como empleada de oficina, pertenecía a la clase media baja y tenía estudios secundarios completos (había aprobado algunas materias de la carrera de psicología, estudios que abandonó al poco tiempo de haberlos iniciado).

Acudió a la consulta privada presentando un embarazo —cuyo diagnóstico fue confirmado— de aproximadamente cincuenta días, y por no poder tomar una decisión ante el mismo, esto es, proseguirlo o someterse a un aborto. En principio quería que se la ayudase a comprender mejor sus dificultades al respecto y, en consecuencia, a adoptar una resolución.

Consultó a escondidas de su esposo, de 27 años, también empleado, quien según la paciente "no creía" en la psicoterapia y nunca habría aceptado consultar a un psiquiatra.

[1]El tratamiento al que pertenece esta sesión se realizo en 1974.

La pareja se había conocido tres años atrás. Rita decía que la relación con su marido era "bastante buena y cariñosa", por más que no pocas veces tenían desacuerdos y discutían acaloradamente.

El embarazo no fue buscado conscientemente por la pareja.

Habían comenzado a tener relaciones sexuales antes de casarse. Las mismas eran poco satisfactorias, porque ambos las vivían con mucha culpa (en Rita chocaban con su deseo de llegar virgen al matrimonio, simbolizado por el de "casarse de blanco") y porque además entrañaban constantemente el riesgo de generar un embarazo, ya que nunca, hasta ese momento inclusive, habían empleado método anticonceptivo alguno, como no fuera el *coitus interruptus* y solo en contadas ocasiones. La paciente no encontraba una explicación razonable a estos descuidos y solo atinaba a decir que así "es más cómodo", que no tenía ganas de someterse a los procedimientos de contracepción habituales y que últimamente, al ver que no quedaba embarazada, se había ido desentendiendo del asunto. Pero en realidad, dos años atrás quedó embarazada y, de común acuerdo con su actual marido, se sometió a un aborto. Se le practicó anestesia general y, según le contaron, cuando volvía en sí lloró mucho, mientras gritaba angustiosamente una y otra vez: "¡Me lo sacaron!". A partir del aborto fue sobre todo su esposo quien pareció quedar preocupado. Temía que se hubiesen producido lesiones importantes en los genitales de la paciente que pudieran ocasionar su esterilidad, pero una vez pasado el trance no volvieron casi a hablar del asunto.

Aunque en definitiva Rita dudaba acerca de lo que quería con relación a su embarazo, por momentos parecía inclinarse por el aborto, alegando más que nada razones económicas, pero también que se sentía insegura de sí misma e incapacitada para tener un hijo. Su marido adoptaba la posición opuesta, mostrándose muy entusiasmado con la idea de ser padre y confiaba en que iban a poder superar los diversos inconvenientes que se presentasen. La joven temía en consecuencia que un aborto afectara su relación de pareja, ya que su marido anhelaba un hijo, aunque, agregaba ella, "debe ser feo tenerlo sin sentir muchas ganas". Un día antes de acudir a la primera entrevista en mi consultorio, había estado a punto de visitar a un facultativo para que le practicase un aborto, pero luego

cambió de parecer y, aceptando el consejo de una amiga, decidió consultar antes a un psicoterapeuta.

De los *antecedentes familiares* importa consignar que la paciente provenía de una familia de educación y costumbres tradicionales, con los consabidos tabúes sexuales.

La relación con sus padres era de marcada dependencia. Acudía a diario con su marido a la casa de ellos, "para charlar y cenar".

La madre era, según ella, una persona muy severa y dominante. La calificó además de "muy nerviosa", con anormales reacciones de violencia que experimentaba en ocasiones ("Pareciera que si tiene que matar en ese momento a alguien lo va a matar nomás. Luego se arrepiente, se domina..."). Tuvo dos abortos, uno antes y el otro después del nacimiento de Rita.

Según la descripción de la paciente el padre impresionaba como una persona muy controlada en sus afectos: "Yo siempre digo que es muy diplomático. Nunca se puede saber qué está sintiendo y nunca se pelea con nadie". Padecía de hipertensión arterial. Su relación con el –dijo– era "cordial".

Tenía un hermano, cinco años mayor que ella, casado, con una hija de 4 años, quien luego de haber vivido un tiempo separado de los padres había retornado a la casa paterna acompañado de su esposa e hija. Según Rita no podía "despegarse de ellos".[2]

Todo lo mencionado, más muchos otros indicios, hacía suponer que el grupo familiar correspondía al tipo de los denominados aglutinados (J. y L. Bleger [2]), sobresaliendo las características matriarcales y frente al cual la paciente se encontraba todavía en plena lucha por lograr su individuación. ("No vivimos ahí porque no dormimos. Sería lo único que nos falta", agregaba con ironía.)

La familia de Rita se oponía con tenacidad a que contrajera matrimonio y solo últimamente parecía dar muestras de comenzar a aceptar o tolerar a su marido. Ante la noticia del embarazo el hermano reaccionó con aparente indiferencia; en cambio el padre adoptó una actitud de franco desagrado, que

[2] Se hace necesario destacar que su cuñada había padecido varios abortos espontáneos, posteriores al nacimiento de su única hija.

trató de explicar a la joven con razonamientos tales como: "La mujer no tendría que sufrir, como sufrió tu madre con los embarazos por ejemplo, con tantos vómitos y descomposturas. Hubo que darle sueros. Ni agua podía tomar". La reacción de su madre había sido especialmente desconcertante para Rita y parecía asentarse en una intensa ambivalencia para con su embarazo. Según la paciente vivía gastándole bromas al yerno, diciéndole que "no servía" (alusión al hecho de que no embarazaba a su hija). De pronto le llevaron la noticia de la confirmación del embarazo, a la que al principio no dio crédito. Luego pareció emocionarse y rompió a llorar. "Pero no sé hasta qué punto se alegró —comentó Rita—, porque después me dijo que tomara algo para sacármelo. '¡No! ¿Te parece?' le contesté. 'Mirá que embromarte tan pronto con un chico' me dijo ella."

Cabe agregar que en cambio los padres del marido, que era hijo único, se alegraron muchísimo con la novedad.

De los *antecedentes personales* de Rita señalaré algunos datos significativos: ella creía haber sido el producto de un embarazo no deseado por sus padres (ya en su primera gestación la madre había acusado diversas molestias a causa de las cuales la pareja supuestamente no habría deseado otro embarazo). Por otra parte su padre prefería un varón. Interesa en especial destacar que estando su madre embarazada de ella debió ser intervenida quirúrgicamente de urgencia en el tercer mes, por un cuadro de apendicitis aguda, intervención que se efectuó con anestesia local, corriendo al parecer sumo riesgo la vida de las dos. Además su madre, según le contó, había tenido otros trastornos durante ese embarazo (anemia pronunciada, flebitis y episodios diarreicos). El parto fue normal.

Rita durmió siempre, hasta que se casó, en la habitación de sus padres (la casa, en la que aún viven ellos, solo cuenta con una habitación, además del comedor, baño y cocina). Hasta los 6 años lo hizo en la misma cama con su hermano, instalada al lado de la de sus progenitores (aducía, para justificarlo, dificultades económicas familiares), después pasó a dormir con su madre en el lecho conyugal (entretanto el padre dormía en su lugar de trabajo y el hermano en el comedor), hasta que, a raíz de su matrimonio, se fue a vivir con su marido en un departamento alquilado.

En esos momentos le preocupaba que, por tener que concurrir diariamente a su trabajo, se viese obligada a dejar al bebé al cuidado de su madre. Me decía: "Esa casa es un desastre. No hay lugar para nada". (No descartaba la posibilidad de recurrir a una guardería, aunque le parecía que su madre cuidaría del hijo con más cariño).

Dos años atrás, después de un examen clínico motivado por trastornos intestinales, un médico le efectuó un diagnóstico presuntivo de apendicitis crónica.[3]

Algunos diagnósticos considerados fueron: personalidad hipomaníaca, con conflictos de naturaleza neurótica, no alcanzando a configurar un cuadro de neurosis característico; aceptable funcionamiento yoico, con aptitudes para el *insight* aunque también con resistencias que podrían acentuarse;[4] foco definido, basado en los conflictos ante la maternidad.

Precisaré ahora los componentes del *foco* inicial y solo algunos de los principales psicodinamismos en juego. Pensé que podían establecerse en torno a interrogantes que se vinculaban al motivo de consulta, tales como: ¿Cuáles fueron los factores determinantes de la búsqueda inconsciente del embarazo actual? ¿Qué representaba éste para la paciente y su esposo? ¿Qué hechos motivaban su marcada ambivalencia afectiva y sus temores frente a su gestación? ¿Por qué se inclinaba conscientemente por el aborto?, etcétera.

Creo que podemos partir de las dificultades sexuales que tenía Rita y de allí ir retrocediendo en su historia hasta llegar a considerar la probable incidencia de hechos concernientes incluso a las primeras etapas de su vida. Sus relaciones sexuales parecían despertar en ella intensos sentimientos de culpa, que sin duda tenían mucho que ver con sus experiencias de cohabitación y colecho y las consiguientes fantasías incestuosas. Su aborto podía considerarse en parte, y como consecuencia de lo mencionado, como un mecanismo de autocastigo por infringir la prohibición, máxime porque se trataba de relaciones sexuales prematrimoniales. Pero el aborto era a su vez generador de culpa por la destrucción del

[3] Como se sabe, es discutida en medicina la existencia de la apendicitis crónica como entidad nosológica.

[4] Lamentablemente no fue posible efectuar un psicodiagnóstico en esta oportunidad.

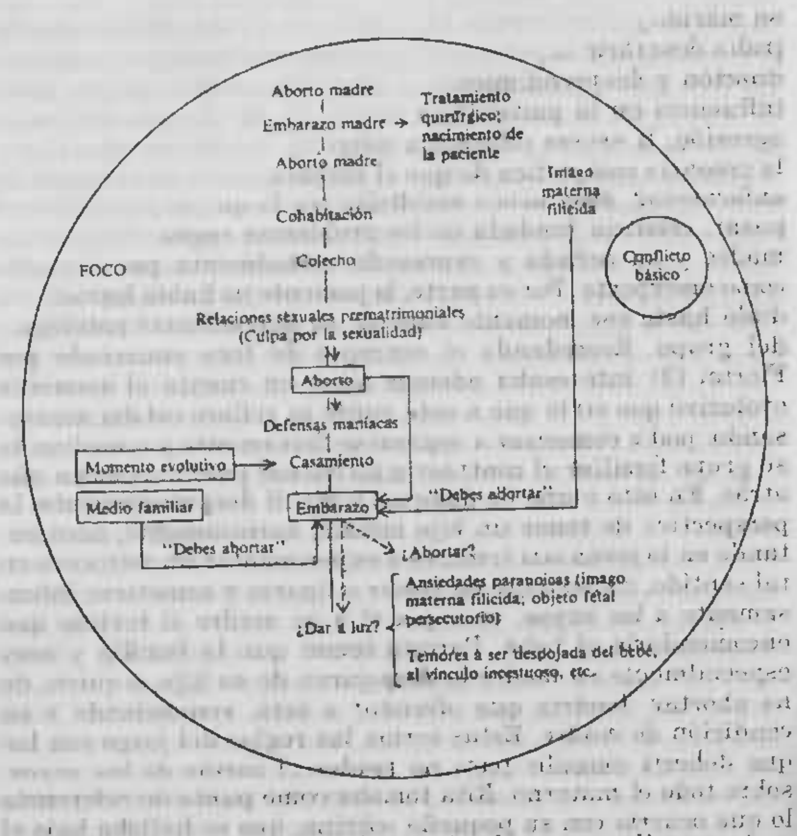
hijo, ante la cual la paciente —y al parecer, aunque en grado menor, también su esposo– reaccionaba con típicas defensas maníacas, negando el dolor y la persecución provocados por dicha pérdida. El actual embarazo entrañaría entonces un deseo inconsciente de reparar el daño producido, a lo cual se sumaba la necesidad de comprobar la indemnidad de sus genitales ante el temor de que hubiesen quedado dañados. Pero Rita parecía sentir nuevamente de modo imperativo la necesidad de pagar por sus "faltas" con un nuevo aborto. Además, considerando sus antecedentes prenatales podemos comprender mejor el porqué de la magnitud de sus ansiedades paranoides frente a su gestación y sus intenciones de abortar. Vamos a aventurar la hipótesis de que sus fantasías de ataque al vientre materno, alimentadas por el trance quirúrgico que atravesó su madre, le hacían temer esta vez por su propia suerte, ante una imagen fetal seguramente muy persecutoria, dado el duelo patológico no elaborado (aborto), como lo sería asimismo para ella la imago materna, de características filicidas (5) y en relación con la cual tendría lugar el conflicto básico de la problemática. (Rita había nacido entre dos abortos, de un embarazo al parecer no deseado y muy accidentado, en el que corrió peligro de ser abortada. Incluso su madre la instaba por momentos a abortar y la joven, temerosa, solo atinaba a abrigar dudas sobre lo que deseaba hacer. La conducta materna reproducía así la de un superyó engañoso [4], ya que primero inducía a la pareja al embarazo, en este caso por medio de chanzas a su yerno, y luego le decía a su hija que abortara.) Se deduce que Rita no se sentía con derecho a ser madre, teniendo el embarazo el carácter de algo pecaminoso, por lo cual se veía obligada a rechazar sus deseos maternales.[5]

Había muchos más elementos en juego, correspondientes a la conflictiva focal. Los relativos a la relación de pareja de la paciente no parecían relevantes en un primer momento. Sí en cambio los provenientes del medio familiar; el rechazo hacia

[5] Conviene aclarar que buena parte de las inferencias hasta aquí planteadas se tomaban en cuenta solo para una mejor comprensión psicopatológica, pues en este tipo de terapias no se pretende mayormente alcanzar una gran penetración interpretativa sobre la base de tales hipótesis, ya que esto ultimo podría inducir a estados regresivos muy acentuados o generar otras respuestas contraproducentes en el paciente (véase el capitulo 10, p. 206, punto 2).

su marido y el embarazo, en el que una mirada más profunda podía descubrir la persistente resistencia familiar a su individuación y desprendimiento. La familia parecía ejercer gran influencia en la paciente, a través de su elevado monto de agresión, la severa educación religiosa, los tabúes sexuales y la creencia casi mítica de que el embarazo era una especie de enfermedad, desgracia o maldición por la que es preferible no pasar, creencia fundada en los problemas registrados por su madre y su cuñada y expresada verbalmente por el padre como emergente. Por su parte, la paciente no había logrado sin duda hasta ese momento superar su dependencia patológica del grupo. Recordando el concepto de foco enunciado por Fiorini (3), interesaba además tener en cuenta el momento evolutivo que en lo que a este punto se refiere estaba atravesando: podía comenzar a separarse físicamente y a medias de su grupo familiar al contraer matrimonio poco más de un año atrás. En esta etapa de doloroso y difícil desprendimiento, la perspectiva de tener un hijo incidía, curiosamente, acrecentando en la joven sus temores a experimentar un retroceso en tal sentido, consistente en volver a ligarse y someterse intensamente a los suyos, en especial a su madre si tuviese que encomendarle el bebé. Parecía temer que la familia y muy especialmente su madre la despojaran de su hijo, a quien, de no abortar, tendría que ofrendar a ésta, renunciando a su condición de madre. Estas serían las reglas del juego con las que debería cumplir para no perder el cariño de los suyos, sobre todo el materno. Rita tomaba como punto de referencia lo que ocurría con su pequeña sobrina, que se hallaba bajo el dominio de su abuela y expuesta a una educación retrógrada. Pero sus temores se basaban más que nada en su propia experiencia y se reactivarían al identificarse con el hijo —acaparado en su fantasía por su madre—; en el sentido de no poder liberarse del ligamen con la figura materna.

Trataré de reproducir, con las limitaciones propias de todo esquema, lo expresado hasta aquí:



La paciente no se hallaba motivada para realizar un tratamiento prolongado. Concurría a la consulta por una necesidad que era para ella claramente precisa y circunscripta, por lo que se le propuso una psicoterapia de objetivos limitados y de final "abierto", dependiente de la evolución de su estado y de las vicisitudes que pudiese correr su embarazo.

Las *metas terapéuticas* inmediatas consistían en ayudarla a entender mejor las causas determinantes de sus dudas acerca de su embarazo, incluyendo las fantasías subyacentes que habrían acompañado la búsqueda del mismo. En caso de que decidiera proseguir su embarazo se concertó como objetivo la revisión de las ansiedades producidas por y durante el mismo y de las dificultades de diverso tipo que eventualmente

pudiesen presentarse. Si abortaba, en cambio, habría un replanteo de la situación, teniendo en cuenta su estado y motivación para ser tratada, aunque se le adelantó que en este caso sería con seguridad tanto o más necesario aun que recibiese asistencia psicológica.[5]

El tratamiento se planificó sobre la base de una técnica de *insight*, con sesiones de cuarenta minutos, a razón de dos por semana, considerándose muy útil, de ser posible en algún momento, una eventual inclusión del esposo y otros familiares de la paciente en el proceso terapéutico, por medio de entrevistas de orientación.

La sesión

A continuación se transcribe casi literalmente la séptima sesión del tratamiento de Rita, quien estaba próxima a cumplir tres meses de embarazo. Llega con veinte minutos de retraso.

P1 (*Sonríe, un tanto turbada*): No me diga nada...
T1 (*Respondo con una sonrisa. Hay un silencio de algunos segundos, que interrumpo para dirigirme a ella, con tono amable*): ¿Qué piensa acerca de que haya llegado tarde esta vez?
P2: La verdad es que sentía frío y tuve dificultades para levantarme de la cama y venir.
T2: Aparte de eso, ¿cree que podría haber otros motivos?
P3 (*Terminante*): No. (*Breve pausa.*) Me queda solo la mitad de la sesión... (*Cambia bruscamente el tono de voz, que revela ahora cierta preocupación.*)
T3: Así es. Entonces, media sesión no viene y la otra media sesión sí. Creo que esto tiene que ver con sus sentimientos ante su embarazo, es decir que parece sentirse como dividida en dos partes: una que quiere proseguir el embarazo y tener el bebé, por la que viene, y otra que no, por la que no viene en la primera mitad de la sesión. Porque para usted, venir aquí adquirió el significado de ocuparse de usted y de su embarazo,

[5] La paciente creía que un aborto podía liberarla de la situación persecutoria e ignoraba que lo más probable era que contribuyese a incrementarla, reforzando un círculo vicioso patológico.

con la idea de preservarlo. Un día antes de consultarme por primera vez iba a ver a un abortero, por lo que yo me convertí para usted en algo así como la contrapartida de él.
P4 (*Adopta una expresión meditativa*): Puede ser, no sé...
(*A continuación se instala una nueva pausa, más prolongada. Pero ya Rita comienza a mostrarse tensa. Vuelve a sonreírme, con visibles signos de ansiedad. De nuevo interrumpo el silencio.*)
T4: Parece que le cuesta seguir, ¿no?
P5 (*Con expresión de alivio*): Sí, y no sé por dónde empezar...
T5: Por lo que sienta necesidad de traer hoy y le parezca que puede resultarnos útil para entender su problema.
P6: Sí, estuve pensando, recordando algunas cosas relacionadas con lo que usted me preguntó en las entrevistas y que en esos momentos yo no pude recordar. Sobre algún recuerdo feo de mi infancia. Me acordé cuando tenía siete años, que me mataron un perro...
T6 (*Sigo su relato, exteriorizando con mirada atenta y movimientos de cabeza en señal de asentimiento el interés que me despierta su aportación*): ¿Cómo fue eso? Cuénteme, por favor.
P7: ¿Usted vio lo de los perros cuando están en celo? Bueno, teníamos un perro que "andaba" con una perra que estaba en celo. Como molestaban, el perro estaba muy cargoso, mi hermano le dio con una silla y lo "descaderó". Al día siguiente celebrábamos mi primera comunión. Me acuerdo que mis padres y mi hermano comentaban: "No vamos a mostrar un perro así, maltrecho, ante la gente". El perro desapareció. Luego supe que entre mi hermano y mi papá lo tiraron con una bolsa al río. Sufrí mucho por eso... Después a otro perro me lo atropelló un camión y le destrozó la boca. Ahora, todo esto yo no lo recordaba y ayer me preguntaba si era por no ser cosas tan feas o si justamente por ser feas preferí dejarlas a un lado... También me estuve acordando de otras cosas: de cuando mi mamá, que siempre fue muy nerviosa, se peleaba con mi papá y se iba con un cuchillo, amenazando que iba a matarse...
T7: ¿Ella lo intentó alguna vez?
P8: No, que yo sepa al menos...
T8: Bueno, tratemos de ver qué significan para usted estos hechos de su vida y por qué los habrá recordado ahora. Ante todo, seguramente podría recordar usted otras cosas desagradables de su infancia, pero por algo surgen *estos* recuerdos, no

es casual. Parecen estar en parte relacionados con los problemas que tiene ahora. Su embarazo es su principal preocupación y por eso aparece esto. Porque, veamos un poco: usted sufría por lo que le ocurría a los perros. En sesiones pasadas y en las entrevistas, vimos que para usted los perros representan a los hijos.[7] Es decir que al recordar esto quizás expresa la gran preocupación que *ahora* tiene por su embarazo, su cariño maternal y sus deseos de protección hacia su hijo, de los que no se percata, no reconoce en usted. Creo que en el fondo teme mucho perderlo, abortar otra vez, que se lo saquen, como a su perro que tiraron dentro de una bolsa al río.
P9: Tal vez, pero yo no me doy cuenta que me pase eso con mi embarazo. No siento todo eso... (*Pausa algo prolongada.*)
T9: Y en lo que respecta a lo de su mamá, ¿a qué vendrá? ¿Con qué podría relacionarlo?
P10: No sé, no sé si tengo miedo por mí misma... Quizá sea eso...
T10: ¿Miedo a que le suceda algo al estar embarazada?
P11: Sí...
T11: ¿Su mamá con el cuchillo será su miedo al bisturí, a que le pase lo mismo que a ella, que la tengan que operar de apendicitis?
P12 (*Aprueba con un movimiento de cabeza.*)
T12: Si bien a usted un médico le había dicho que tiene apendicitis crónica, no queda del todo claro el porqué de ese temor. Quiero decir, si no habrá más cosas en todo esto.
P13: Puede ser, en realidad no sé por qué me atormenta tanto ese miedo a que algo malo me pase... (*Pausa.*) Yo quería decirle también que estuve pensando en lo que le dije la última sesión, que nada me atraía. En realidad, antes de casarme sí había muchas cosas que me gustaban. No solo viajar, ser azafata, sino también modelo, estudiar. Pude haberlo hecho antes de casarme, pero no quise...

[7] Existen numerosos indicios al respecto. Mencionaré aquí solo un par de ellos, por ser muy elocuentes. Recordó que cuando niña se ocupó de la crianza de varios cachorros de perro y sobre todo de alimentarlos con mamadera, "como a bebés", según su comparación, a raíz de haber enfermado la perra madre. Además había relatado un sueño reciente, que tuvo mientras se hallaba ya embarazada, en el que tenía un hijo que era en realidad un cachorro de perro, por el que experimentaba mucho rechazo. (Es común la representación del embarazo en sueños a través de animales pequeños, niños, objetos continentes, etc. [6].)

T13: ¿No quiso o no pudo? Porque algo le pasaría quizá, ya que ganas no le faltaban.
P14: Sí... (*Sonríe, con gesto de haber sido descubierta.*) Me gustaban muchas cosas...
T14: Es cierto que ya próxima a casarse tendría que pensar en conseguir con urgencia un empleo, para poder afrontar todos los gastos que vendrían. . .
P15 (interrumpiéndome): ...Sí, pero antes de eso no existía un problema así y sin embargo no pude hacer cosas...
T15: Sí, por lo visto es así.
P16: Y con psicología, que me gustaba, mi familia y mi marido, llenos de prejuicios, se oponían y me decían: "¿A esa facultad vas, y psicología querés estudiar? Ahí son todas unas desvergonzadas, unas 'locas'" . Después llegué a pensar que sería por tenerme envidia, por no haber él podido estudiar una carrera. Al final me sentí cansada de la facultad y dejé.
T16: Lo de cansada es una excusa entonces, como lo de no haber querido hacer cosas que en realidad le gustaban. Son explicaciones con las que trata de tapar cuánto dependía usted de la opinión de los demás y lo sometida que estaba a ellos, como que terminó sometiéndose a su marido dejando sus estudios, cuando estudiar era algo muy deseado por usted. Me pregunto si todo esto no tendrá también que ver con sus dificultades para venir a las sesiones, como si sintiese que es algo, para colmo relacionado con psicología, para lo que no tiene la aprobación de ellos, por lo que le cuesta venir. Fíjese que todavía no le comentó a su esposo que viene a tratarse. Lo hace a escondidas.
P17: Tiene razón. Sí, creo que es como usted dice. Mientras me hablaba yo pensaba al mismo tiempo: parece como que necesitara siempre que alguien me dé el empujoncito, que me apoye para poder hacer cosas...
T17: Tal vez esté buscando eso en mí. Hoy se permite hablar aquí de sus intereses, mostrarse ante mí con más iniciativa, quizás espera que la ayude apuntalándola. Este problema de sus dificultades para emprender algunas actividades muy deseadas por usted es muy importante y creo que es algo parecido lo que sucede con sus dificultades frente a su embarazo. Tiene deseos, muy encubiertos, de ser mamá, de los que hoy da muestras con lo de los perros, pero quizá también en esto se siente sin un permiso para seguir adelante. Un permiso que

estaría esperando sobre todo de parte de su mamá, pero también de mí. Querría sentirse autorizada por mí para proseguir su embarazo. Sería el empujoncito que necesita para preservarlo, defenderlo. Por lo visto le preocupa mucho qué piensa su familia sobre su embarazo, y en especial su madre. Recuerde cómo cambió su disposición ante el embarazo cuando ella cambió de opinión y lo aprobó. Recién entonces se sentiría con permiso, aunque como siente que ella no lo acepta del todo, no se quedó muy tranquila, según parece.
P18: Es que yo medio le tuve siempre miedo a mi mamá. Mi hermano le contestaba, se rebelaba y entonces "cobraba". Yo me salvaba por quedarme calladita.
T18: Eso explica por qué cuando ella le dijo que "se lo quite", solo ensayó una defensa muy tímida: "¡No! ¿Te parece?", le dijo usted. Fue entonces no solo por sus propias dudas, sino también por sus temores a contradecirla. Sería desobedecerle, rebelarse y exponerse a ser castigada por ella. A lo mejor por eso tiene miedo a conservar su embarazo, a que en castigo le suceda algo malo, que la tengan que operar de apendicitis, por ejemplo, y en parte siente que por todo esto sería mejor "quitárselo" y así evitar todo peligro. Esto significa que sigue pendiente de los otros, esperando el visto bueno para poder llevar adelante sus cosas, y ahora el embarazo.
P19 (*En tono de amable protesta*): ¡Bueno, doctor, pero mis padres no querían a mi marido, se oponían a que me case y yo lo hice igual...!
T19: Es cierto, pero entonces se entiende que con mayor razón usted se sienta tan inquieta. Encima de que se atrevió a casarse con él, reprobada por sus padres, querer ahora tener un hijo de él... (*Bromeando*) ¡Es lo último!
P20: ¡Ah!... (*Sorprendida.*) No lo había pensado así... Creo que es así...
T20: Entonces, pienso que se sitúa en la posición del perrito, temiendo ser castigada muy duramente por "calentarse" y tener relaciones sexuales. Su culpa por haberse casado pese a la oposición de sus padres y por tener relaciones sexuales, antes y después de casarse, parece que no ha desaparecido y ahora es mayor aun con su embarazo. Si bien debe haber muchas otras cosas más por ver con respecto a los problemas frente a su embarazo, creo que hoy vimos algunas que parecen ser muy importantes y estar pesando mucho en usted. ¿Qué opina?

P21: Que sí, que tiene razón.
T21: Tenemos que dejar por hoy.

Comentarios sobre la sesión

La paciente llega tarde, cosa que ha ocurrido también en algunas de las anteriores sesiones. En primer lugar trato entonces de concentrar su atención sobre este hecho, ya que obstaculiza sensiblemente nuestra labor. Lo hago de modo tal que resulte lo menos persecutorio posible, no permitiendo por ello que se instale un silencio prolongado que entrañaría el riesgo de ser vivido como muy inquisidor o directamente acusatorio. (Intervenciones T1 y T2.) Por más que el hecho de querer quedarse en la cama puede responder en parte a la retracción y la hipersomnia que suelen experimentar las mujeres durante las primeras semanas del embarazo y cuya causa es la regresión que se produciría a partir de la identificación con el feto (6), refiero sus resistencias a lo que considero un factor determinante esencial de las mismas, esto es, su ambivalencia ante el embarazo, y le muestro también el rol de defensor y protector de éste en el que al parecer quiere situarme (T3). Se trata además, fundamentalmente, de una interpretación "transferencial", destinada a superar el obstáculo resistencial, a la vez que ya en los momentos iniciales de la sesión se manifiesta a través de esta intervención una intención focalizadora.

En T4 vuelvo a interrumpir el silencio con una intervención tendiente a tranquilizarla, atenuando así su persecución, puesto que quiero hacerle sentir que comprendo —y tolero— sus dificultades para trabajar en la sesión.

En T6 se pone de manifiesto que doy libre juego a la expresión corporal, mediante la cual transmito a la paciente, así como también verbalmente, mi atención e interés frente al material que trae, en un intento de propiciar el establecimiento de una buena relación terapéutica y de estimular en particular su actividad yoica (recordar, razonar, etc.) al servicio de la tarea terapéutica. En P6 mencionó algo que le aconteció con un perro y en sesiones anteriores había quedado evidenciado que este animal simbolizaba para ella los hijos, por lo que

deduzco que se trata de material pertinente al foco. Refuerzo entonces el encauzamiento en esta dirección, mientras me dispongo a escucharla haciendo uso de la atención flotante.

En lo que va del tratamiento, la tarea interpretativa estimula el aporte de un rico material asociativo, como el de P7. Rita relata aquí recuerdos que impresionan como vinculados a la represión sexual y la violencia dentro de su medio familiar. Respecto a éste, esboza levemente una actitud crítica, en verdad poco desarrollada en ella como consecuencia de su sometimiento, cuando admite la posibilidad de que se trate de cosas "feas". Es indudable que estamos ante un material *focal* que conviene abordar. Parece estar dotado de una gran carga emocional, impresionándome intensamente y dándome además la sensación, por ciertos indicios que enseguida veremos, de estar ante algo de decisiva importancia para comprender la problemática de la paciente.

Los recuerdos de Rita provocan en mí ocurrencias que según vislumbro pueden ayudarme a detectar el *punto de urgencia*. Todo esto sucede rápidamente. Se trata ahora de decidir qué interpretar, de elegir una determinada línea interpretativa entre varias posibles, situación que se presenta con frecuencia en estas terapias. Mencionaré algunos de los pensamientos que pasaron por mi mente en esos momentos, acerca de los significados que podrían tener estos recuerdos surgidos en tales circunstancias, y prestaré especial atención al primero de dichos recuerdos:

1°) Estarían relacionados con sentimientos infantiles de culpa y fantasías de castigo por la sexualidad incestuosa. (Es sobre todo el recuerdo descripto en primer término por la paciente el que sugiere tal contenido.)

2°) Pienso a continuación que podrían estar encubriendo situaciones tanto anteriores como posteriores a la época de que datan. En cuanto a esto último, se me ocurre que la primera comunión podría entonces representar su casamiento (las niñas ataviadas con largos vestidos blancos semejan pequeñas novias); las actividades sexuales de los animales la víspera de aquélla, sus propias relaciones prematrimoniales; el perro lesionado, su genitalidad culposa y rechazada que ella siente que la arruina pues le hace perder su pureza y que por eso, porque se trata de un pecado, debe ocultar casándose "de

blanco". ("No vamos a mostrar un perro así, maltrecho, ante la gente".) También el perro arrojado al río dentro de una bolsa y el sufrimiento experimentado encubrirían otro fragmento de su historia: el aborto, el dolor que le causa, la preocupación por el feto perdido y su destino, todo eso que es necesario negar o desestimar y a lo cual se suma el hecho de que el aborto es a su vez el castigo por haber realizado algo prohibido.

3°) La perra en celo me hace pensar en el actual embarazo de Rita, ya que el celo es el período en el que tiene lugar la preñez. Este pensamiento es el punto de partida de las dos suposiciones que figuran a continuación.

4°) Podría haber además fantasías subyacentes referidas al parto, en las que prevalecería el temor a dar a luz un hijo deforme o tal vez monstruoso (perro "descaderado") que luego tendría que ocultar o eliminar, lo que se relacionaría con su culpa por sus deseos sexuales incestuosos y por el aborto.

5°) Expresarían su actual preocupación y sus temores por la suerte que podría correr su hijo y en especial por la perspectiva de ser víctima de un violento ataque familiar a su embarazo, ataque fantaseado como un aborto, ya que la familia aparece condenando su sexualidad y por ende su matrimonio y embarazo.

Finalmente me decido por formular una interpretación que pueda conectarla con las probables fantasías subyacentes enunciadas en quinto término y a fin de poder abordar su situación-problema, aunque todas las hipótesis conciernen a la conflictiva focal y se encuentran íntimamente relacionadas. Es que este último enfoque se ajusta más a lo que se ha venido evidenciando en las sesiones. Por otro lado su miedo al aborto es propio de la etapa de la gestación que está atravesando, en la que existe el riesgo de un aborto espontáneo (6). Que en tales circunstancias comprenda y acepte una interpretación relativa a estos temores podría a la larga resultar menos difícil que si se optara por otras interpretaciones, pues parto de hechos ya conocidos por Rita, como lo son el significado de bebés que para ella tienen los perros y la oposición familiar a su gestación. Un objetivo importante aquí es que pueda tomar conciencia de sus sentimientos de protección hacia el hijo, los que han posibilitado su consulta y que proyecta en el esposo y

en mí, siendo necesario que los reconozca, así como lo hace con sus sentimientos de rechazo hacia el embarazo.[8]

T8 configura entonces una apertura hacia una línea interpretativa a seguir a lo largo de esta sesión. Comienzo allí tratando de dar a la joven una idea de que la aparición de estos recuerdos se debe al determinismo psíquico. Le muestro sus ocultas tendencias maternales, el miedo a perder otra vez el hijo a través de un nuevo aborto, fantaseado como si fuese su familia la que le arrebata violentamente el hijo y lo destroza, como sucedió con su perro. (La evocación del perro atropellado por un camión también parece expresar su preocupación por el destino del hijo.)

En P9 la paciente rechaza aparentemente la interpretación, valiéndose esencialmente de la negación.

En T9 trato de indagar –mediante una pregunta– qué significa el resurgimiento del recuerdo de los accesos de violencia de su madre.[9] Puede apreciarse aquí, además, y en lo

[8] En una sesión anterior tuve ocasión de mostrarle que hechos tales como la crianza de los cachorros, sus exclamaciones –"¡Me lo sacaron!"– después del aborto, lamentándose y protestando por lo sucedido, y su negativa a abortar ante la imposición de su madre, eran una evidencia inequívoca de la disposición maternal que ella tenía.

En cuanto a su hostilidad hacia el hijo, fue objeto de la labor terapéutica en sesiones posteriores.

[9] La fantasía de un grupo familiar con gran carga de agresión que amenaza con darle muerte o hacerla abortar parece completarse aquí con una imagen de la madre descontrolada y armada de un cuchillo. En un nivel más profundo la aparición de esta imagen podría vincularse con la operación de apendicitis de su progenitora, fantaseada como si fuera ésta quien, con el bisturí-cuchillo, amenaza con atacarla. En realidad hay indicios de que su madre vivió aquella intervención quirúrgica como una inducción o provocación, en parte deseada, del aborto (durante la operación sentía, según le contó a su hija, que le "arrancaban el hijo del vientre"). Podría a la vez condensar la figura del abortero esgrimiendo la cureta (como representante de la imago materna filicida) y la de la paciente misma a punto de atentar contra su propio embarazo (aborto)

El surgimiento de estas hipótesis acerca de profundas situaciones persecutorias no debe desembocar necesariamente, insisto, en la interpretación, inmediata o no, de las mismas. Al respecto considero que tales elementos deben ser instrumentados con sumo cuidado en una psicoterapia breve. Si bien esta vez, en la tarea interpretativa, fue penetrándose progresivamente a lo largo del tratamiento, se prefirió no abordar ciertos niveles, al igual que otros aspectos concernientes al conflicto edípico (las fantasías incestuosas por ejemplo), atendiendo sobre todo al estado de gravidez de la paciente y evitando así una gran movilización emocional con eventuales reacciones que pudiesen resultar perturbadoras y difíciles de controlar.

que va de la sesión, la asunción de un papel decididamente activo por parte del terapeuta, quien no se limita a esperar el material del paciente e interpretar a partir de su presentación sino que participa intensamente y de diversas maneras, que incluyen la formulación de frecuentes preguntas (T1, T2, T4, T6, T7, T9) y de explicaciones que recuerdan sintéticamente la consigna de trabajo (T5). Junto a la activación yoica en el paciente, esto se va traduciendo en una gradual demarcación y ahondamiento focales.

Desde P10 se va confirmando la vigencia de una imago materna muy persecutoria, por la que inconscientemente se siente amenazada y condenada a abortar, lo que configuraría el *conflicto básico*. T10 y T11 son en realidad interpretaciones que rozan y apuntan a este conflicto (aunque sin revelarlo directamente por el momento), formuladas como interrogantes, es decir, como suposiciones, y destinadas también a comprobar su respuesta a las mismas, a fin de precisar si es factible que pueda tolerar ya cierto enfrentamiento con dicho conflicto. Su miedo a tener que ser intervenida quirúrgicamente de apendicitis, como lo fuera su madre, está sin duda más próximo a la conciencia que su miedo al aborto –de ahí su rápida respuesta de aceptación de la interpretación en P12, lo que no ocurre en P9— con el que conforma el *punto de urgencia*, dado por los particulares temores correspondientes a la etapa de gestación que está atravesando[10] y que el mito familiar acerca del embarazo fomenta sobremanera.[11]

En T12 trato de incrementar su motivación para comprender mejor las causas de sus temores, abriendo un nuevo interrogante. En P13 no aporta inicialmente de un modo directo elementos de interés como respuesta. Luego sobreviene una pausa, tras de la cual parece querer huir del tema, quizá muy ansiógeno (lo que sugiere que debo tratar de no caer en interpretaciones prematuras dentro del conflicto en cuestión), aunque aquello a que hace referencia guarda de igual manera estrecha relación con lo evitado, ya que alude a su sometimiento al grupo familiar, así como también a su pareja —tal

[10] Recuérdese que fue también al cumplirse aproximadamente el tercer mes de embarazo que su madre debió ser sometida a la intervención quirúrgica.

[11] Transferencialmente, el punto de urgencia de esta sesión comprende el temor de ser abortada –expulsada– por mí, lo que se pone claramente en evidencia sobre todo al principio (Allegro [1]).

como puede comprobarse poco más adelante en la sesión–, lo cual la llevó a abandonar diversas actividades, censuradas esencialmente por las connotaciones sexuales que para ellos tendrían.

En T13 destaco la negación maníaca de la realidad, esto es, del sometimiento a las normas grupales. (En esta paciente se hace necesario señalar a menudo el empobrecimiento a que la conduce la exacerbación de sus defensas maníacas, que fundamentalmente se oponen a su autoconocimiento.)

En P14 y P15 la paciente da muestras de aceptar la realidad evidenciada. La negación parece ceder un tanto. Ya en P16 se anima a rescatar y volcar juicios críticos hacia quienes se oponían, prejuiciosamente, a sus estudios.

En T16 aludo a sus racionalizaciones ante las dificultades causadas por el sometimiento, a las que sumo las que registra para asistir a las sesiones, dada su vinculación con lo prohibido (la psicología). Insisto así en ocuparme de los obstáculos resistenciales. En otro orden de cosas se aprecia también la extensión que en esta oportunidad, como en otras dentro de esta sesión, puede alcanzar, al ser formulada, una interpretación o cualquier otra intervención verbal en estos tratamientos, lo que armoniza con el tipo de vínculo y por ende de comunicación que se instala, cuyos rasgos salientes son una mutua participación activa, en una atmósfera de ágil intercambio, en la que no preocupa demasiado que por momentos el terapeuta pueda llegar a hablar tanto como el paciente e incluso más que él.

En P17 puede decirse que Rita está en una situación próxima al *insight*. El material que suministra resulta sumamente productivo y revela además un buen funcionamiento yoico al servicio de la tarea.

En T17 se hace necesario interpretar la transferencia. Por intermedio de esta interpretación se espera que Rita comprenda un aspecto importantísimo de la problemática actual y el motivo latente de consulta, que sería la búsqueda de una figura parental –sobre todo materna– permisiva y protectora de su maternidad.[12] Me incluyo en la interpretación en tanto

[12] Pueden advertirse aquí, además, fantasias transferenciales eróticas que no fueron interpretadas, aunque sí detectadas (se aprecian en P17 y en el hecho de asistir al tratamiento a escondidas del marido).

ésta no implique concentrar todo el interés de la paciente en su relación terapéutica. Trato así de orientar de inmediato su atención hacia las figuras de su realidad externa y cotidiana, característica fundamental de estas terapias. La interpretación "transferencial" cumple aquí para la paciente una función claramente ilustrativa de sus problemas actuales (dependencia patológica), sin ser utilizada como un instrumento para promover la dependencia regresiva transferencial al no constituir necesariamente el tipo principal de interpretación y al llevarse a cabo la conexión con lo que sucede con otros objetos de la realidad externa.

En T17 puede apreciarse además el intento de reubicar a la paciente en la situación-problema, llevando nuevamente al primer plano su gestación, lo que configura un aspecto de la labor de focalización.

En P18 surge el temor de Rita a su progenitora, en especial al castigo por la rebelión, lo que dentro de la estructura focal involucra ya el *conflicto básico*. Este momento es el resultado de la paulatina penetración en el foco a lo largo de la sesión y de que poco a poco hayan ido cediendo las defensas maníacas, permitiendo así que emerja la situación persecutoria subyacente.

T18 es una nueva interpretación "extratransferencial" por medio de la cual se intenta proveer un *insight* inicial de un aspecto decisivo de sus conflictos, dado por su sometimiento a la figura materna y, por extensión, a otras figuras superyoicas, con la perspectiva de lograr en sesiones posteriores —hasta donde resulte posible e indicado— y sobre la base de esta revelación, un mayor ahondamiento, que contemple entre otras cosas el problema de la culpa, en un sentido más amplio, por el hecho de crecer y desprenderse del grupo familiar.

En P19 la paciente brinda elementos para que en T19 se convalide y complemente lo expresado en T18, dando así lugar a que se clarifique aun más su visión del problema actual a la luz de sus sentimientos de culpa por haberse "rebelado".

La intervención T19, empleando un tono de broma —siempre sobre la base de una actitud cordial hacia la paciente— responde al giro expresivo asumido por Rita en P19 y cierra un momento de logrado *insight*, como parece atestiguarlo su reacción en P20, demostrativa del efecto emocional producido por los hallazgos. (Este pasaje de la sesión es a la

vez uno de los que mejor ejemplifican el cariz de diálogo afable y fluido que suele tomar la comunicación.)

En T20 creo por fin posible y oportuno enfrentar a la paciente, contando con ciertas perspectivas de que logre *insight*, con contenidos reprimidos que pueden desentrañarse del recuerdo del perro maltratado, de modo tal que casi toda la sesión puede considerarse, desde este punto de vista, como una labor preparatoria a la recepción de interpretaciones como estas, de importancia crucial en el proceso terapéutico puesto que abordan, aunque sea parcialmente, el conflicto básico dentro del foco, lo que no siempre es posible. Intento asimismo en T20 reafirmar lo formulado en interpretaciones inmediatamente anteriores. Por último, y a manera de cierre, incluyo apreciaciones acerca de los hallazgos obtenidos en la sesión, que procuro sirvan para estimular la participación de Rita en la tarea, mientras también trato de mantener su curiosidad y sus expectativas respecto a ésta ("...debe haber muchas otras cosas más por ver...", etc.) y de propiciar en ella una actitud reflexiva, de introspección, contrarrestando eventuales tendencias al *acting* (a causa de una "seudoindependencia", por ejemplo).

P21 es una nueva respuesta afirmativa de aceptación a mis intervenciones. Respuestas como esta van haciéndose más frecuentes en el transcurso de la sesión (corroborar desde P11 en adelante y muy especialmente P17 y P20) y me sugieren, dado el clima afectivo imperante, que se trata de una atenuación de los mecanismos maníacos y de un ascendente predominio de la transferencia positiva, en vez de respuestas hipócritas o de un sometimiento al terapeuta.

Rita decidió proseguir su embarazo. En los estadios finales del mismo padeció una afección renal por la que debió guardar reposo en cama por espacio de cerca de un mes y medio y de la que se recuperó por completo. Dio a luz una robusta niña, en un parto normal. Poco tiempo después dimos por terminado su tratamiento.

Referencias bibliográficas

1. Allegro, L., Comunicación personal.
2. Bleger, L. y J., "Grupo familiar. Psicología y psicopatología", en L. Grinberg, M. Langer y E. Rodrigué, *El grupo psicológico*, Nova, Buenos Aires, 1959.
3. Fiorini, H. J.,"EL concepto de foco", en H. J. Fiorini, *Teoria y técnica de psicoterapias*, Nueva Visión, Buenos Aires, 1973, cap. 6.
4. Garma, A. y E. G. de, "Reacciones maniacas: alegria masoquista del yo por el triunfo, mediante engaños, del superyó", en A. Rascovsky y D. Liberman, *Psicoanálisis de la manía y la psicopatía*, Paidós, Buenos Aires, 1966.
5. Rascovsky, A., "La matanza de los hijos", en A. Rascovsky, *La matanza de los hijos y otros ensayos*, Kargieman, Buenos Aires, 1970.
6. Soifer, R., "Ansiedades específicas del embarazo", en R. Soifer, *Psicologia del embarazo, parto y puerperio*, Kargieman, Buenos Aires, 1971, cap. 1.

8
DIFICULTADES DEL TERAPEUTA PARA LA FORMACION, PRACTICA E INVESTIGACION EN PSICOTERAPIAS BREVES[1]

Introducción

Voy a referirme a algunos de los problemas que en nuestro medio se les presentan a los terapeutas frente a la psicoterapia individual breve de orientación psicoanalítica. Podríamos considerar la cuestión como una consecuencia de las dificultades de los terapeutas para ajustarse a su encuadre y finalidad, lo que a la vez se traduce inevitablemente en dificultades en el ejercicio de este método terapéutico, en la evaluación de los resultados obtenidos y, lo que es más grave aun, amenaza con desacreditarlo cada vez más.

Ante todo, no debemos llamarnos a engaño: por más que desde hace algunos años se habla mucho de las terapias breves, cuya necesidad de utilización para aliviar el problema que plantea la asistencia psiquiátrica masiva de la población ya muy pocos discuten, todavía observamos una considerable resistencia por parte de los profesionales para su empleo o, en caso de practicarlas, para adecuarse al encuadre que las mismas exigen y que las diferencia de otras técnicas psicoterapéuticas.

1 Este capítulo tiene como base un trabajo que presenté en el Primer Congreso Panamericano de Medicina Psicosomática, realizado en Buenos Aires en 1972, bajo el titulo de "Dificultades del terapeuta para la práctica de la psicoterapia breve". Considero que, a pesar del tiempo transcurrido, las dificultades a que me refiero persisten en el momento actual sin mayores modificaciones.

Encontramos así que en la práctica asistencial, sea en los servicios psiquiátricos hospitalarios o en los centros de salud mental, en los hospitales psiquiátricos o en las instituciones privadas, a medida que pasan los años sigue dando aún la impresión de que los terapeutas que se dedican a las psicoterapias breves "hacen lo que pueden" y enfrentan a su manera las vicisitudes y dudas que les impone la tarea. No podemos menos que suponer que tal situación disminuye la eficacia terapéutica del procedimiento y que es necesario por ende vencer las trabas que existen para instrumentar con éxito los distintos recursos que pueden formar parte de la terapéutica breve.

Estos hechos me han llamado mucho la atención y también yo me he formulado las obligadas preguntas: ¿Por qué ocurre esto? ¿Qué motivos hay para que el proceso de aprendizaje de los terapeutas del empleo de las terapias breves se retrase y se vea a menudo entorpecido? Diversos investigadores han señalado ya algunas de las causas. Por la importancia que tienen y la relación con lo que luego plantearé, voy a citarlas aquí. Pero por mi parte quiero referirme a la incidencia que, en mi opinión, tienen sobre estos hechos ciertos fenómenos propios de la relación paciente-terapeuta, en su mayor parte inconscientes, y que justamente a causa de esta condición influyen sobremanera en la misma, siendo más difíciles de controlar. Corresponde aclarar que estas opiniones mías son básicamente el resultado de mis reflexiones acerca de las propias vivencias experimentadas a lo largo de mi tarea en psicoterapias de tiempo limitado y del conocimiento de las ideas de H. Searles (15) (16) (17) sobre la interrelación paciente-terapeuta, que despertaron un profundo interés en mí, aclarándome aspectos de decisiva importancia en el proceso terapéutico.

Me ocuparé a lo largo de este capítulo de los siguientes puntos:

- La dificultad de adaptación al encuadre de la psicoterapia breve.
- Dificultades ante la terminación del tratamiento psicoterapéutico breve.
- Dificultades en la evaluación de los resultados obtenidos en psicoterapia breve.

- Relegación de la psicoterapia breve como indicación terapéutica.
- Otras dificultades del terapeuta frente a las terapias breves.
- Conclusiones.

La dificultad de adaptación al encuadre de la psicoterapia breve

"Psicoterapia breve versus psicoanálisis"

La P.B. de orientación psicoanalítica constituye, como se desprende de esta denominación, un procedimiento terapéutico basado en ciertos elementos fundamentales de la teoría psicoanalítica. Ya en 1918 Freud anticipó que los nuevos métodos que habrían de utilizarse con el correr del tiempo para efectuar tratamientos psicoterapéuticos a las grandes masas de la población, debían en su opinión partir del psicoanálisis, pero agregaba que éste tendría que sufrir un proceso de adaptación a las nuevas condiciones (11). No obstante en la práctica a muchos les resulta difícil aceptar la coexistencia de psicoanálisis y psicoterapia breve y reconocer que se trata de métodos que tienen una utilidad, alcances e indicaciones determinados.

Se señala como habitual la tendencia a desvalorizar la P.B. y a difundir la idea de que solo un tratamiento psicoanalítico tiene reales propiedades curativas, capaces de producir auténticos cambios en los pacientes. Muchas veces tal idea se relaciona con la necesidad que sienten los terapeutas jóvenes de idealizar el psicoanálisis, lo que a su vez se halla ligado con sus anhelos de convertirse en psicoanalistas (20). Como es de suponer, tienen por lo general sumo interés en ejercitarse en la técnica psicoanalítica.

¿Qué sucede entonces cuando las circunstancias impiden efectuar un tratamiento psicoanalítico? Que se cae frecuentemente en la realización de un psicoanálisis "corto", por ende interrumpido, poco eficaz y, como luego veremos, hasta perturbador del paciente.

Es comúnmente en los establecimientos asistenciales que deben brindar atención psicológica a un número elevado de

pacientes, donde se hace sentir con más intensidad la necesidad de emplear la P.B. En dichos establecimientos los terapeutas noveles son mayoría y en definitiva tienen por lo general a su cargo la realización de los tratamientos breves. Estos terapeutas son objeto de las influencias ya citadas, a lo que se suma una tendencia defensiva natural a aplicar a los pacientes aquello que mejor conocen (lo nuevo es menos seguro y genera ansiedades paranoides), es decir, la técnica psicoanalítica. Además, las modificaciones técnicas que necesitan introducir son sentidas a menudo como una "herejía" frente al modelo psicoanalítico, originándose situaciones persecutorias ante lo que se ha dado en llamar el "superyó analítico", las que pueden intensificarse frente a supervisores demasiado aferrados a la técnica del psicoanálisis estándar y que no aceptan fácilmente dichas modificaciones. Toda esta situación hace difícil la aplicación de los nuevos métodos, pues es vivida como una falta interna y externa de garantías para la labor a desarrollar.

También como consecuencia de estas presiones, las terapias breves suelen traducirse en la práctica en un psicoanálisis "breve" (19), lo cual, como bien dice Usandivaras, lleva a una "desvalorización de la nueva técnica" (20).

A pesar del relativo interés que la P.B. ha despertado, estos problemas, lamentablemente, existen aún y para muchos la P.B. continúa siendo un pariente pobre del psicoanálisis, como lo señalan Szpilka y Knobel, quienes recalcan el estado de desprestigio y confusión que se observa en torno a ella. Coincido con ambos autores cuando atribuyen tal situación al hecho de que se traspolen *"las vivencias, los conocimientos y las técnicas* psicoanalíticas a esta psicoterapia" (19). (Las bastardillas son mías.)

En la intimidad de la relación terapeuta-paciente

Personalmente me he preguntado el porqué de tal transpolación. Creo que su persistencia no solo obedece a los motivos hasta aquí enunciados ni a la carencia de posibilidades de información respecto a la teoría de la técnica de la P.B., sobre la que felizmente contamos en la actualidad con un valioso, aunque no abundante, material bibliográfico; tampoco considero que se deba a discrepancias entre los diversos autores que provoquen confusión, ya que al fin y al cabo dichas discrepancias no son ni muchas ni muy grandes. El interrogante se me impuso con mayor intensidad cuando, al dedicarme a la realización de una experiencia hospitalaria sistematizada en P.B. a lo largo de un año y al comprobar que si bien yo tenía suficientemente claro de qué manera me había propuesto trabajar inicialmente, diferenciando con cierta precisión la técnica a emplear de la técnica analítica, comencé a notar en mí una fuerte y a veces irresistible tendencia a crear o favorecer el establecimiento de la "atmósfera" psicoanalítica en las sesiones, sobre todo a través de insistentes interpretaciones transferenciales (afortunadamente, se redujeron por lo general a ocurrencias que no fueron puestas en práctica y que hubiesen podido facilitar el desarrollo de la neurosis de transferencia y estimular la consiguiente regresión y dependencia del paciente). Se corría el peligro de que esto sucediera a pesar mío, contrariamente a mi ideología terapéutica en materia de terapias de tiempo limitado y respondiendo a una tendencia que no acababa de controlar ni de explicarme únicamente por las razones aquí expuestas (prejuicios hacia cualquier técnica que no sea la del tratamiento psicoanalítico, etc.). Llegué a pensar entonces que una fuerza interior me conducía insensiblemente a tal actitud, a despecho de lo que me indicaba la realidad (objetivos limitados, pocos meses de tratamiento, inconveniencia del establecimiento de una neurosis transferencial y de estimular la regresión, etc.). Pero tampoco tenía yo dudas de que en varios de mis pacientes se ponía en evidencia una notoria inclinación a constituir conmigo un vínculo emocionalmente intenso y regresivo. Fue el concepto aportado por H. Searles sobre la *simbiosis terapéutica* (15) (16) (17) el que me permitió entender el fenómeno y formular mi hipótesis acerca de lo que sucede en el tratamiento breve. Sostiene Searles que el vínculo terapeuta-paciente atraviesa un momento de simbiosis y que tanto el paciente como el terapeuta participan para que así sea. Este vínculo simbiótico posee sus raíces en la relación madre-hijo y tiende a establecerse y consolidarse tarde o temprano durante el tratamiento psicoanalítico, debiendo llegar finalmente a su resolución.

Sobre la base de un *insight* progresivo en sus pacientes y también en él mismo, Searles desarrolló sus impresiones refe-

rentes al papel fundamental de la simbiosis terapéutica, brindando una mayor "comprensión del significado emocional del paciente para el terapeuta y viceversa" (16) y haciendo además hincapié en "el efecto de los procesos inconscientes del terapeuta sobre el paciente" (16) en el vínculo simbiótico.[2]

Para Searles, la simbiosis terapéutica se presenta tanto con pacientes psicóticos como con neuróticos. Si bien la detectó y describió inicialmente en la psicoterapia de esquizofrénicos crónicos (15) hubo luego de reconocerla en la evolución transferencial de los pacientes neuróticos.

Searles describió además en la psicoterapia de esquizofrénicos crónicos que la interrelación simbiótica atraviesa distintas "fases", hasta llegar finalmente a la de individuación del paciente. En dichas fases, la simbiosis terapéutica experimenta cambios cualitativos y cuantitativos de significación. Así, en determinado momento, durante meses o años, *es fuente de intensa gratificación para paciente y terapeuta*, con frecuencia *negada* por este último, pero profundamente valorada (15). Dice este autor: "[...] actualmente me he dado cuenta —aun cuando esto me haga sentir muy ansioso— de los profundos aunque inconscientes procesos gratificantes de la relación simbiótica que tanto el paciente como el terapeuta se muestran reacios a abandonar" (16). Sostiene también que la relación de transferencia simbiótica "[...] a pesar de sus tormentos [...] constituye una fase necesaria en el psicoanálisis o psicoterapia *tanto con pacientes neuróticos como psicóticos*" y que "tanto el paciente como el terapeuta [...] se ven sumergidos y arrastrados hacia la corriente, el proceso de tratamiento [...] No solamente el paciente, sino él también está agarrado en un proceso, el proceso terapéutico, el cual por su fuerza es comparable al proceso de maduración en el niño [...] el cual [...] es también poderoso tanto para el paciente como para él mismo, demasiado poderoso para ser capaces de desviarlo con facilidad [...] fuera del canal confluente, *el cual tiende a formarse por sí solo*" (16). (Las bastardillas son mías.)

2 En nuestro medio J. Bleger –entre otros– consideró que la relación analítica es una relación simbiótica y realizó importantes aportaciones al tema (4).

A) La relación terapeuta-paciente en el tratamiento psicoanalítico

En el análisis las emociones transferenciales y contratransferenciales alcanzan a menudo gran intensidad y muchas de ellas son altamente gratificantes para el analista. Esto es particularmente notorio en el psicoanálisis de esquizofrénicos crónicos cuando éstos despiertan sentimientos maternales en el terapeuta, permitiendo una tarea reparatoria, y el paciente mismo en esos momentos vive a aquél transferencialmente como a una madre (o padre) ideal, lo cual estimula en el terapeuta el sentimiento de omnipotencia.[3] Estas emociones aparecen en parte como consecuencia de la situación regresiva del paciente, que lo lleva a situar al analista en el lugar de una figura parental. Se va configurando una estrecha relación en la que el analista, al fomentar a su vez la regresión del paciente, se siente cada vez más objeto de todos los sentimientos de éste y protagonista decisivo en su vida, lo que es altamente gratificante. Suele "convertirse" entonces en la muy amada (o incluso muy odiada) madre, en ese "mundo de los dos" de paciente y analista que se prolongará años y en el que el "como si" de la relación no impide experimentar intensos y placenteros sentimientos.[4]

Desde luego que todo esto, en menor magnitud, ocurre también en el psicoanálisis de neuróticos, especialmente en las etapas de mayor regresión de los pacientes; sabemos además que el tratamiento suele centrarse en la elaboración de la relación transferencial.

[3] Dice Searles que el analista llega a sentir por momentos que es el único terapeuta en el mundo que puede curar a ese paciente, se siente una madre omnipotente, "el Dios creador en la situación terapéutica". Señala también: "[...] después de todo este sentimiento no es otra cosa que lo que siente la madre con respecto a su divina indispensabilidad para con su infante lleno de necesidades" (15).

[4] La aparición de estas emociones en el terapeuta es parte fundamental de la contratransferencia y de ninguna manera implica necesariamente que en él exista una situación patológica. Pero de esto se desprende la importancia de su análisis personal, pues sus propios conflictos podrían ligarlo *en demasía* con el paciente como objeto gratificante y la relación con él podría tender a adoptar una modalidad simbiótica tal que llegara a dificultar la individuación del paciente en el proceso terapéutico. Sería un claro ejemplo el caso del terapeuta que carece de descendencia y que ve en su paciente a un hijo. Es de suponer cómo y cuánto pueden estas circunstancias complicar una psicoterapia, especialmente si es breve, y hasta hacerla fracasar.

En resumen: el establecimiento del vínculo simbiótico en la relación paciente-terapeuta parece ser un fenómeno que *tiende a producirse espontáneamente*. En el tratamiento psicoanalítico esta interrelación simbiótica puede ser fomentada en beneficio del proceso terapéutico.

B) La relación terapeuta-paciente en la psicoterapia breve

¿Cuál es la situación que se presenta en P.B.? ¿Qué sucede respecto al fenómeno que acabamos de describir y que se anuncia desde que empiezan a interactuar paciente y terapeuta? Pienso que el encuadre que requiere la P.B. resulta frustrante en este aspecto pues ofrece un campo menos propicio para las citadas gratificaciones del terapeuta. Sabemos que hemos de proponernos objetivos limitados, que carecemos del tiempo necesario para trabajar sobre la neurosis de transferencia y la regresión consiguiente hasta lograr que sean elaboradas y que es preciso *controlar* en lo posible la regresión del paciente. Las condiciones del encuadre de la P.B. están dirigidas a evitar la instauración de un vínculo paciente-terapeuta demasiado intenso emocionalmente; empero no ignoramos que en ciertas circunstancias los sentimientos transferenciales y contratransferenciales son muy fuertes y que además nos encontramos con pacientes que de un modo casi espontáneo desarrollan una intensa regresión desde los comienzos del tratamiento. Considero que en una terapia breve este hecho constituye generalmente una complicación (véase capítulo 10, p. 207).

Según la opinión de numerosos autores (1) (3) (8) (10) (19) (22) a los cuales me adhiero, en P.B. conviene, en términos generales, recurrir a la *interpretación de la transferencia solo en determinadas circunstancias*, es decir que no ha de emplearsela con la asiduidad y finalidad con que se utiliza en psicoanálisis,[5] ya que se deberá tratar de evitar la regresión transferencial. Parece conveniente, por el contrario, recurrir a las interpretaciones denominadas "extratransferenciales",

5 Malan es una excepción, pues mantiene una posición opuesta en este decisivo problema. Propone interpretar la transferencia desde el comienzo y con frecuencia (12).

que en realidad tienden a hacer conscientes *otras transferencias* del paciente, aquellas que establece con las personas con las cuales se relaciona en su vida cotidiana, ya que desde un primer momento se procura que concentre su interés en ella en lugar de hacerlo en su relación con el terapeuta. Esto, desde luego, es coherente con el propósito de lograr la resolución de sus conflictos actuales. Es de suponer entonces que la P.B. no se presta para que el terapeuta vea satisfechas suficientemente ciertas expectativas latentes en la relación con el paciente, a diferencia de lo que sucede en la práctica del psicoanálisis. Lo vivenciado por el terapeuta que realiza una terapia breve puede diferir bastante de lo que experimenta con un paciente en tratamiento psicoanalítico. En este último caso puede "atraer" al paciente hacia una intensa neurosis de transferencia, en la que el terapeuta se sentirá un protagonista importante. Pero en una terapia breve, al tener que hacer hincapié en "el afuera" y llevar al paciente a interesarse por la revisión de sus vínculos con su *verdadero* padre, madre, cónyuge, jefe, etc., el terapeuta puede experimentar un *sentimiento de exclusión*. Es decir, ya no será un terapeuta-madre y deberá en cambio conformarse con su condición *real de docente experto* (8) en el tratamiento, procurando mantener una transferencia positiva moderada. Se sentirá entonces fuera del universo del paciente. Las consecuencias de esta vivencia contratransferencial de frustración que, como se deduce, *puede repetirse con asiduidad en una terapia breve*, dependerán de sus posibilidades de resolución del conflicto. Si éste alcanza cierta intensidad y no es controlado adecuadamente, puede dificultar en grado sumo la tarea del terapeuta, que llegará a adquirir o no conciencia de la situación. Es posible por ejemplo que reaccione con intervenciones agresivas, que podrán ser a su vez racionalizadas. Si los motivos son reprimidos, puede adjudicar erróneamente esta sensación de insatisfacción y desilusión a una supuesta ineficacia o fracaso del método psicoterapéutico breve, tendiendo a la vez a convencerse de que solo el análisis exhaustivo y sistemático de la transferencia puede ayudar al paciente y que de otro modo la terapia es "superficial". En suma, sostendrá que es preciso insistir en

interpretar en el "aquí y ahora conmigo",[6] en la búsqueda inconsciente de gratificación a través del fomento de la neurosis transferencial.

c) Cuando la psicoterapia breve se convierte en "psicoanálisis breve"

De esta manera puede ponerse en marcha lo que ha de ser una especie de "psicoanálisis breve" (19), *induciendo* al paciente, consciente o inconscientemente, a establecer un vínculo simbiótico, caracterizado por una regresión a un estado de dependencia infantil respecto del terapeuta. *Creo que a éste le resulta difícil renunciar a un tipo tal de relación y aceptar la más ajustada a las condiciones de la realidad —y por ende más frustrante— que exige la P.B., y que por ello la transpolación de la técnica psicoanalítica a las terapias breves se produce con mucha frecuencia.* Con el paciente como niño-hijo, el terapeuta podrá tener acceso en cierta medida a las gratificaciones, comúnmente negadas pero profundamente valoradas, que promete depararle tal relación.

Para estimular la regresión el terapeuta puede apelar al uso reiterado y hasta sistemático de interpretaciones transferenciales, a aumentar la frecuencia y/o periodicidad de las sesiones,[7] desechar la asunción de un rol activo en la tarea, usar el diván, etcétera.

Esto nos explica por qué distintos autores hablan en P.B. de la "tentación" que puede experimentarse a efectuar el análisis de la transferencia. Al respecto señalan varios terapeutas: "No se fomentó la regresión, respetándose la lógica y adecuada progresión dada por la misma relación terapéutica. Frecuentemente hubo necesidad de *afirmarse en esta postura* frente al material que traía el paciente que se presentaba como *seductor para el análisis de la transferencia* [...]; *el análisis sistemático de la transferencia es una permanente tentación para el terapeuta*" (5). (Las bastardillas son mías.) Yo agregaría que se trata de una tentación que no solo responde al anhelo de investigación del terapeuta y al de extrapolar el sistema psicoanalítico por las diversas razones señaladas al comienzo de este capítulo, sino también y muy especialmente a la búsqueda de las gratificaciones que le reportaría una relación más profunda con el paciente.

6 Esto se manifiesta de una manera más acentuada cuando el terapeuta posee una orientación predominantemente kleiniana.

7 Dice Alexander: "No se debe olvidar que las sesiones diarias ejercen una influencia *seductora* sobre la tendencia regresiva [...] del paciente" (1). (Las bastardillas son mías.)

Otros autores hacen referencia a una necesidad de *autocontrol* del terapeuta para regular las interpretaciones transferenciales y con ello la regresión del paciente (1) (10).

Dice acertadamente Fiorini: "Habría además una contradicción entre un encuadre de tiempo limitado y un proceso en el cual las intervenciones del terapeuta 'propusieran' la regresión y la concentración de afectos del paciente en esa relación bipersonal (la situación se expresaría en esta proposición: 'esta relación que usted mantiene conmigo es muy importante para entender y tratar su enfermedad; vuelque en ella todas sus emociones y expectativas. Pero prepárese para cortarla pronto')" (8). Mensaje y acción resultarían aquí del tipo estímulo-frustración, lo que suele perturbar al paciente.

También tienta interpretar conflictos ajenos al *foco* terapéutico, aunque sabemos que en P.B. no es aconsejable abrir demasiadas heridas en el paciente. Además no desconocemos, por el ejercicio del psicoanálisis, que ello conduce a un incremento de la regresión. Personalmente, y en especial en mis primeras experiencias en P.B., me demandó un gran esfuerzo el "dejar pasar" sin interpretar el material no relacionado con el foco.

Asimismo podemos comprender la resistencia que a veces experimenta el terapeuta a buscar y encontrar objetivos limitados en cada caso, pues eso lo obligaría a situarse más de lleno en la problemática actual del paciente para ayudarlo a resolver cuestiones muy concretas e inmediatas con un criterio prospectivo, procurando estimular en él la confianza en sí mismo, así como su desenvolvimiento independiente, y lograr de este modo que pueda ser dado de alta.

Dificultades ante la terminación del tratamiento psicoterapéutico breve

En general la tendencia a fomentar la dependencia en el paciente complica la separación al terminarse el tratamiento.

Pero de este punto me ocupo con más detalle en el capítulo siguiente.

Solo agregaré al respecto que como consecuencia de la dificultad de paciente y terapeuta para aceptar la separación se llegan a convenir recontratos que permiten prolongar la relación.

Dificultades en la evaluación de los resultados obtenidos en psicoterapia breve

Dada la frustración que suelen experimentar los terapeutas al comprobar que el encuadre de la P.B. no les facilita el acceso a las negadas aunque muy deseadas gratificaciones propias de una relación más estrecha y emocionalmente más intensa con los pacientes, no es difícil suponer que ello interfiere las posibilidades de aquéllos de efectuar una evaluación realista y justa de los resultados obtenidos con el método, los que a su vez pueden ser ciertamente poco alentadores, si es que se insistió en fomentar en los pacientes la dependencia regresiva en lugar del autodesenvolvimiento. Por eso los cambios de actitud que éstos pudieran presentar en su vida real son con frecuencia rápidamente desestimados y calificados de actuaciones, "fuga hacia la salud", etc. (Con esto no quiero desconocer la presencia, nada rara por cierto, de tales eventualidades en las terapias breves.)[8]

El terapeuta puede entonces resistirse a reconocer los progresos del paciente y hasta parecer muy decepcionado por los resultados del tratamiento, ya que, en su afán inconsciente de perpetuar su dependencia, no desea que se produzca la separación (el alta definitiva significaría la ruptura del vínculo y la pérdida absoluta de las posibilidades de gratificación ligadas con éste). Actúa como aquellas madres que, como no pueden aceptar el crecimiento y desprendimiento de sus hijos, intentan seguir tratándolos como a niños.

Searles señala en la fase de resolución de la simbiosis los sentimientos de desvalorización y pérdida que suele experimentar el terapeuta por todo lo que para él significa el paciente, con el que tiene "una relación mucho más profunda de la que se cree capaz de percibir en sí mismo" (15).

Se tiende así a desvalorizar la terapia breve, ante la necesidad inconsciente de mantener el uso excluyente del método psicoanalítico como fuente de gratificación a partir del establecimiento de un vínculo simbiótico con el paciente (neurosis o psicosis transferencial). La pasividad que aún observamos para contrarrestar este "movimiento" me hace pensar en una especie de acuerdo tácito entre los terapeutas, en una complicidad inconscientemente consolidada, cuyos motivos subyacentes se mantienen ocultos.

Relegación de la psicoterapia breve como indicación terapéutica

Puede deducirse que los motivos expuestos, aunque por lo general no reconocidos, restan entusiasmo a los terapeutas para optar por la indicación y utilización de la P.B. en determinadas situaciones en que la misma podría ser un recurso terapéutico nada despreciable. Los desanima principalmente la perspectiva de establecer una relación fugaz, con un objeto que pronto perderán. El duelo por la separación predeterminada desempeña un papel importante en P. B., tanto para el paciente como para el terapeuta, y con no poca frecuencia parece repercutir más en este último que en aquél (6). El tratamiento psicoanalítico, por el contrario, ofrece la posibilidad de un vínculo más duradero y por lo tanto menos frustrante.

Otras dificultades del terapeuta frente a las terapias breves

Hasta aquí, y recapitulando, hemos considerado que los terapeutas, especialmente los noveles, tropiezan, para el estudio y empleo eficaz de la P.B., con obstáculos que responden a:

8 También sucede a menudo que el terapeuta se halla desconforme ante la mejoría producida en relación con los problemas actuales del paciente si comprueba que no está acompañada por el logro de cambios profundos en la personalidad, lo cual revela que no ha podido renunciar a los anhelos terapéuticos propios de su formación psicoanalítica. El perfeccionismo terapéutico (*furor curandis*) puede constituir un serio inconveniente, sobre todo cuando se trata de una terapia breve, en la que debemos conformarnos con objetivos limitados.

a) La idealización del psicoanálisis, junto al deseo de desempeñar el rol de psicoanalistas en los tratamientos que llevan a cabo y el temor a utilizar otros procedimientos, los que son desvalorizados, presentándose sus posibilidades de eficacia como muy dudosas. Las terapias breves aparecen como lo nuevo e incierto frente a técnicas más conocidas y seguras.

b) Las dificultades para adaptarse al encuadre que exige la P.B. por tratarse de una relación terapeuta-paciente que ofrece menos gratificaciones que la psicoanalítica.

c) Las resistencias del ambiente profesional circundante. Cobran aquí especial importancia los supervisores.

A fin de ofrecer una visión más completa del problema citaremos además los siguientes factores:

d) Una experiencia previa insuficiente en tratamientos prolongados, como el psicoanalítico, experiencia que, aunque no imprescindible, es muy conveniente para la formación psicoterapéutica en terapias breves.

e) Necesidades económicas del terapeuta (en parte debidas a los gastos que le demanda su formación profesional) que lo llevan a preferir los tratamientos prolongados, ya que generalmente le brindan posibilidades de una remuneración más estable.

Por último quiero mencionar la influencia de otros hechos de particular importancia que me han sido señalados:

f) En P.B. el énfasis está puesto en lograr la mejoría clínica del paciente y en grado mucho menor en investigar exhaustivamente su psicopatología o cualquier otro aspecto, como lo permite el psicoanálisis, circunstancia que también contribuye a que se pierda interés por esta terapéutica (13).

g) Frecuentemente la P.B. impone al terapeuta un ritmo agobiante que "[...] puede hacer que para éste la experiencia resulte embrutecedora y compulsiva" (2). A ello se agrega el esfuerzo que en el medio hospitalario, por ejemplo, requiere abordar cada nuevo caso no bien termina el tratamiento breve de un paciente anterior. En comparación con la práctica de psicoterapia prolongada, sucede ahora que debe atender más pacientes en un mismo espacio de tiempo, con cierta exigencia de lograr cambios a corto plazo, lo que en términos de economía psíquica significa "un mal negocio" (una nueva responsabilidad y en suma un mayor *stress*) (7). En este sentido es significativo lo que suele observarse en los servicios psiquiátricos: a menudo los terapeutas parecen tender inconscientemente a alargar los tratamientos, postergando el momento del alta y con ello el cambio de paciente.

h) Fiorini destaca también la incidencia que tiene en los terapeutas el desconocimiento de una teoría del cambio en P.B. Como no están interiorizados de los dinamismos del cambio y solo conocen y aceptan los fenómenos inherentes a las modificaciones que se producen en los tratamientos prolongados, no llegan a tener la necesaria convicción de que los pacientes tratados con psicoterapias breves pueden experimentar cambios favorables. Tal situación, además, acrecienta sus dudas acerca de la decisión a tomar respecto al alta del paciente (7). Todas estas dificultades se obviarían en parte si hubieran incorporado a sus conocimientos una teoría del cambio. En este sentido contamos hoy con importantes hallazgos en el campo de la P.B., que se suman a la noción de *insight* y están fundados esencialmente en la concepción de la existencia de partes autónomas del yo, es decir, de fuerzas "constructivas latentes" (21) que permitirían, a partir de la experiencia terapéutica correctiva y una vez finalizado el tratamiento del paciente, la continuación ininterrumpida del progreso en los cambios. De este modo, el proceso de transformación, aunque lento, proseguiría como una reacción en cadena y sería verificable en los seguimientos a lo largo de años en pacientes tratados con el método de referencia (9) (14) (18) (21).

Conclusiones

He querido señalar diversas dificultades del psicoterapeuta en lo que a P.B. se refiere, con la intención de contribuir a allanarlas, enfatizando especialmente la importancia que tiene el reconocimiento de los fenómenos propios de la relación terapeuta-paciente y de su influencia en el proceso terapéutico. Tal reconocimiento podría favorecer un ejercicio exitoso de la P.B. a través de una más ajustada y eficaz adaptación del terapeuta a su encuadre y aumentar el interés por la investigación sobre este método. A nadie escapa que solo una pequeña minoría de psicoanalistas se ocupa en nuestro medio de la

investigación en P.B. La mayoría, en cambio, se ha mostrado interesada en otras técnicas, como por ejemplo las psicoterapias grupales prolongadas (posiblemente más gratificantes en el sentido considerado en este trabajo).

Las experiencias clínicas en P.B., adecuadamente supervisadas, son en el momento actual muy necesarias para desterrar prejuicios y permitir la comprobación directa de la real utilidad de este recurso terapéutico.

Si todo esto se concretara, probablemente se lograría también una valoración más objetiva y favorable de las terapias breves dentro del panorama de la terapéutica psiquiátrica.

Creo que es necesario un estudio más exhaustivo del problema. Aspiro a que estas impresiones mías obren como un estímulo y que finalmente logremos obtener hallazgos que arrojen más luz en el controvertido campo de las terapias breves.

Referencias bibliográficas

1. Alexander, F. y French, T., *Terapéutica psicoanalítica*, Paidós, Buenos Aires, 1965.
2. Barten, H. H., "The coming of age of brief psychotherapies", en L. Bellak y H. H. Barten (compils.), *Progress in Community Mental Health*, Grune and Stratton, Nueva York, 1969. Citado por L. Small en *Psicoterapias breves*, Granica, Buenos Aires, 1972.
3. Bellak, L. y Small, L., *Psicoterapia breve y de emergencia*. Pax-México, México, 1969.
4. Bleger, J., *Simbiosis y ambigüedad*, Paidós, Buenos Aires, 1967.
5. Devries, O. y otros, "Ejemplos clínicos", en H. Kesselman, *Psicoterapia breve*, Kargieman, Buenos Aires, 1970, cap. VI
6. Ferrari, H. y Marticorena, A., "Una experiencia en psicoterapia de tiempo limitado", *Coloquio Acta 1967: Psicoterapia Breve, Acta psiq. psicol. Amér. Lat.*, junio de 1968, vol XIX, n° 2, Buenos Aires.
7. Fiorini, H. J., Comunicación personal.
8. –, "Delimitación técnica de psicoterapias". *Acta psiq. psicol. Amér. Lat.*, junio 1970, vol. XVI, n° 2, Buenos Aires.
9. –, "Dinamismos y niveles de cambio en psicoterapias", en H. I. Fiorini, *Teoría y técnica de psicoterapias*, Nueva Visión, Buenos Aires, 1973, cap. 9.
10. –, "Psicoterapia dinámica breve. Aportes para una teoría de la

técnica", *Coloquio Acta 1967: Psicoterapia Breve, Acta psiq. psicol. Amér. Lat.*, junio 1968, vol. XIX, n° 2, Buenos Aires.
11. Freud, S., "Los caminos de la terapia psicoanalítica", en S. Freud, *O.C.*, Biblioteca Nueva, Madrid, 1948, t. II.
12. Malan, D. H., *A Study of Brief Psychotherapy*, Tavistock, Londres; Charles Thomas, Springfield, Illinois, 1963. (Vers. cast.: *La psicoterapia breve*, Centro Editor de América Latina, Buenos Aires, 1974.)
13. Montevechio, B. R., Comunicación personal.
14. Rangell, L., "Psicoanálisis y psicoterapia dinámica: similitudes y diferencias", *Rev. de Psicoanálisis*, t. XXV, III, 1, 1971.
15. Searles, H., "Fases de la interacción paciente-terapeuta en la psicoterapia de la esquizofrenia crónica", *Brit. Journal Med. Psychol.*, 1961. Ficha inédita.
16. –, "Introducción", en *Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects*, Hogarth Press, Londres, 1965. Ficha inédita.
17. –, "'Formas de inducir a la locura", en *Elementos de la etiología y la psicoterapia de la esquizofrenia*, cap. VIII, *B.J. of Med. Psychology*, 1959. Ficha inédita.
18. Small, L., *ob. cit.* en 2.
19. Szpilka, J. y Knobel, M., "Acerca de la psicoterapia breve", *Coloquio Acta 1967: Psicoterapia Breve, Acta psiq psicol. Amér. Lat.*, junio 1968, vol. XIX, n° 2, Buenos Aires.
20. Usandivaras, R., "Problemas que plantea la investigación sobre psicoterapia breve", en *Coloquio Acta 1967: Psicoterapia Breve, Acta psiq. psicol. Amér. Lat.*, junio 1968, vol. XIX, n° 2, Buenos Aires.
21. Wolberg, L., "La técnica de la psicoterapia breve", en L. Wolberg y colaboradores, *Psicoterapia breve*, Gredos, Madrid, 1968, cap. VI.
22. –, y colaboradores, *ob. cit.* en 21.

9

ACERCA DE LA TERMINACION DEL TRATAMIENTO EN PSICOTERAPIA BREVE

Introducción

En este capítulo me propongo analizar algunas de las vicisitudes que se presentan en las terapias breves *psicoanalíticamente orientadas* con motivo de la terminación del tratamiento, partiendo del reconocimiento de que tanto el paciente como el terapeuta deben afrontar el duelo ocasionado por la finalización del vínculo terapéutico.

Quiero exponer de qué manera y hasta dónde los resultados del tratamiento estarán indefectiblemente relacionados con las posibilidades de paciente y terapeuta de tolerar suficientemente la separación. En lo que concierne a este último, su capacidad de enfrentar adecuadamente el duelo ha de ser una condición fundamental para un eficaz manejo técnico de la situación.

Solo a fin de poder mostrar con mayor claridad lo que sucede en el binomio paciente-terapeuta ante la finalización de una *terapia de tiempo limitado*, dividiré mi presentación en los dos puntos siguientes:

Reacciones causadas en el paciente por la separación.
Reacciones causadas en el terapeuta por la separación.

Luego me ocuparé de los *aspectos técnicos* y por último expondré sintéticamente las *conclusiones*.

Reacciones causadas en el paciente por la separación

La separación de su terapeuta afectará al paciente con una intensidad variable en cada caso, lo que estará en parte relacionado con su correspondiente estructura psíquica.

Ciertos pacientes, que poseen un yo relativamente fuerte, aceptan mejor que otros la separación y pueden llegar a vivirla como la oportunidad de comprobar y poner en práctica lo aprendido hasta entonces a lo largo del tratamiento.

Otros pacientes se conforman con el alivio sintomático y una vez logrado éste desean de buen grado la terminación del tratamiento. Prefieren por lo general, siguiendo el modelo de la clínica médica, que la terapia sea lo más corta posible.

Ante la pérdida aparecen en muchas ocasiones, en cambio, intensas ansiedades y llega a movilizarse incluso el temor a la muerte y a la locura. Es de suponer que el hecho repercute más en quienes tienen tendencia a establecer espontáneamente vínculos de características simbióticas, regresivas y altamente dependientes, así como en aquellos cuya dependencia regresiva hubiese sido fomentada por el terapeuta a lo largo del tratamiento.

En el paciente la repercusión de la pérdida puede traducirse en manifestaciones directas de pesar y/o preocupación o evidenciarse de manera más velada, por ejemplo en el material onírico. Esto último fue lo que aconteció en el caso de un paciente al que asistí en una terapia breve. Cerca ya de la finalización de la misma me relató en una sesión varios sueños, los cuales mostraban como común denominador sus ansiedades y hostilidad a raíz de la separación, vivida inconscientemente como un abandono de mi parte.[1] Los sueños se asemejan entre sí (sobre todo los tres primeros que me refirió), siendo quizás el primero de ellos el más demostrativo:

[1] Me refiero al caso de A. (véase cap. 13, p. 243), quien, durante la evaluación, se mostró abiertamente hostil. Se trataba de un paciente con marcados componentes obsesivos y un núcleo melancólico, con relaciones de objeto muy ambivalentes. El psicodiagnóstico inicial había revelado además una gran disposición a entablar vínculos de características regresivas y simbióticas, pero tratándose de una psicoterapia hospitalaria no había posibilidades de efectuar otro tratamiento que no fuese de tiempo limitado.

Primer sueño: El paciente aparece en un depósito que tiempo atrás "había estado hecho un *barullo*" –según su expresión– porque contenía mercaderías, y que ahora está muy limpio y ordenado, aunque produce a la vez "la impresión de vacío". Agrega que se trata de una "vieja construcción en reparaciones", que quedaron interrumpidas, y que el techo del depósito es de color negro. Por último dice que en el sueño le debían un dinero que tenía que reclamar.

Asoció el depósito con el que en realidad había tenido un año atrás, en sociedad con un amigo.

El depósito lo representaba a él, particularmente a su cabeza, en la que había tenido un "barullo" (confusión) cuando llegó al tratamiento. Sentía ahora que tenía las cosas (ideas) más claras, su mente más "limpia" y sus pensamientos (mercaderías en el sueño) más ordenados, pero a la vez en el depósito condensaba su sensación de abandono, de vacío por la separación. Le dije que con la mención de su amigo parecía aludir a mi persona; la sociedad era una referencia a nuestro convenio terapéutico, por el cual nos ocupábamos de su cabeza-depósito. El sentía además que se quedaba "reparado a medias", como el depósito, y que yo interrumpía su reconstrucción; su protesta y reproche ahogados contra mí al sentirse abandonado aparecían en el sueño como dinero que le debían y que tenía que reclamar.

También el techo simbolizaba su cabeza. El color negro del mismo fue asociado por el paciente con "mal augurio, mal destino", y era una referencia a sus temores por los peligros a los que se sentía expuesto a causa de la separación. Este detalle del sueño era pues, específicamente, una representación de su miedo a la locura.[2]

Segundo sueño: Un amigo suyo trabaja como ayudante en un teatro. Por siete horas de jornada le pagan una escasa suma de dinero. El siente una gran indignación.

2 Probablemente el color negro representaba además el luto ante el duelo ocasionado por la separación, que a su vez reactivaba el de la pérdida de su madre, acaecida cuando todavía era un niño (1).

El amigo era, por cierto, él mismo, que se hallaba muy rabioso conmigo porque sentía que yo le daba poco y que estaba en deuda con él al abandonarlo, tal como aparecía en el sueño anterior.

Tercer sueño: Trabaja en el interior de un gran edificio en el que hay mucha gente. Tiene una habitación para él solo y utiliza herramientas de color negro.

El edificio grande en el que había mucha gente representaba el hospital donde lo atendí. Otra vez se evidenciaba su sentimiento de abandono, tras la aparente satisfacción de tener una habitación para él solo. Tenía que arreglárselas (trabajar) solo y no confiaba en sus propios recursos (las herramientas negras. De nuevo figuraba el color negro como símbolo de mal augurio).

Cuarto sueño: Ve a un niño descender a gran velocidad por un tobogán.

Al asociar expresó con tono risueño que el niño debía ser él con mucho miedo a venirse "cuesta abajo".

Aparecer como un niño tenía que ver además con la relación de dependencia infantil que en parte había establecido conmigo.

En la misma sesión me refirió luego que en materia de trabajo él sentía que precisaba *alguien que lo guiara* y que no podía hacer nada *por cuenta propia*. Su esposa le aseguraba que eso no era cierto y que debía animarse a "largarse solo". Nuevamente aludía a sus temores por la finalización del vínculo terapéutico.

En estos pacientes que por distintos motivos no toleran suficientemente la separación interesa ver cuál es el destino de la transferencia, sobre todo en circunstancias en que el terapeuta puede perder el control de la situación. Es posible que se produzcan en el paciente distintas reacciones, que van desde el afloramiento de nuevos conflictos al aproximarse el final del tratamiento, hasta la reacción terapéutica negativa,[3]

3 Utilizo la denominación de reacción terapéutica negativa en un sentido amplio, o sea no limitado al que le asignara Freud en sus obras en relación con el masoquismo (5).

pasando por los retrocesos y empeoramientos, las simples manifestaciones de hostilidad transferencial y el *acting out*, reacciones que, como es obvio suponer, se hallan íntimamente vinculadas entre sí (son diferenciables solo hasta cierto punto), superponiéndose o presentándose en forma sucesiva, y se acompañan a menudo de defensas maníacas (negación de la pérdida, desprecio por el terapeuta, etc.). Por otra parte puede resultar conveniente que el paciente tenga ocasión de desarrollar estas reacciones *mientras se halla bajo tratamiento*, para dar lugar a que sean mejor examinadas, comprendidas y resueltas en el seno de la relación terapéutica.

a) La referencia a nuevos conflictos en los tramos finales del tratamiento, a través del aporte espontáneo por parte del paciente de material ajeno al foco, es una circunstancia que he podido observar en mi práctica y que suele estar motivada inconscientemente por un deseo de permanecer ligado con el terapeuta, tratando de despertar en éste interés por otros padecimientos (en un intento de seducción por medio del material) o bien preocupación y —eventualmente— culpa por dejarlo en esas condiciones, es decir, expuesto a los peligros de conflictos no resueltos, para lograr de este modo que el tratamiento sea prolongado. Se deberá procurar que el paciente tome conciencia de las motivaciones de su actitud.

b) Los retrocesos y empeoramientos en el estado del paciente son algunas de las reacciones que se observan con mayor asiduidad en las etapas terminales del tratamiento psicoterapéutico breve, al igual que en otras formas de psicoterapia, y frecuentemente constituyen un intento de evitar el ser dado de alta y con ello la dolorosa separación del terapeuta (beneficios secundarios). El paciente, que hasta ese momento venía incluso evidenciando claros progresos y una apreciable mejoría sintomática, puede presentar una reaparición de su sintomatología de comienzo, acusar un incremento de la ansiedad, la depresión, los diversos trastornos somáticos, etcétera.

Será conveniente señalar al paciente su intención inconsciente de obtener ganancias secundarias a través de sus recaídas en las postrimerías del tratamiento, tal como lo sugiere Bellak (2).

c) Las manifestaciones de hostilidad transferencial pueden hacer peligrar seriamente los resultados del tratamiento. Cuando dicha hostilidad alcanza cierta intensidad se hace

necesario interpretarla, como lo destaca Malan (6), ya que la situación de separación, al ser vivida consciente o inconscientemente por el paciente como un abandono, puede traer como consecuencia algunas de las demás complicaciones de las que hago mención, o su rabia echar por tierra lo logrado durante la terapia, puesto que el mantenimiento de la mejoría dependerá en gran parte, por cierto, de sus posibilidades de introyectar y conservar una imagen buena del terapeuta (2), lo cual será posible si prevalece una transferencia positiva al terminar el tratamiento.

d) Otra alternativa está dada por la tendencia de algunos pacientes al *acting out* ante el incremento de la ansiedad, lo que se halla claramente vinculado a la pérdida dada por la finalización de la relación terapéutica (según los casos, el *acting out* suele expresar fantasías agresivas hacia el terapeuta, o estar dirigido a sustituirlo por otro objeto, etc.). Cuando el terapeuta detecta esta tendencia, debe propender a la comprensión psicológica del conflicto en el paciente, sobre todo por medio de interpretaciones "transferenciales", para tratar así de evitar las actuaciones.

e) La reacción terapéutica negativa se manifiesta a menudo por la interrupción brusca del tratamiento por parte del paciente. Tal interrupción significa principalmente que el paciente quiere abandonar —activamente— al terapeuta, para no sufrir de manera pasiva lo que vive como un abandono por parte de éste.

Reacciones causadas en el terapeuta por la separación

Con frecuencia la separación repercute más en el terapeuta que en el paciente. Ferrari y Marticorena comentan acerca de una experiencia en psicoterapia breve: "Lo más notable [...] fue observar las dificultades de desprendimiento de los propios terapeutas [...]. Por lo común, las dificultades para separarse aparecieron más del lado del médico que del paciente" (3).

Ya me he ocupado en parte en el capítulo anterior de los problemas del terapeuta para aceptar la separación del paciente al llegar a su fin el vínculo terapéutico. Aquél puede llegar a resistirse a reconocer los eventuales progresos del

paciente y obrar fomentando en éste durante el tratamiento la neurosis transferencial y la regresión en su afán inconsciente de perpetuar su dependencia, evitando la ruptura del vínculo, que le depara profundas gratificaciones, comúnmente negadas. La separación significa para él verse privado de gratificaciones simbióticas; el duelo provoca sentimientos de desvalorización y pérdida (7).[4]

Un mecanismo defensivo del terapeuta ante las ansiedades por la separación es la *negación del conflicto y su proyección masiva en el paciente*, lo que a veces adquiere características de inoculación nociva, aun en aquellos pacientes que inicialmente no se verían demasiado afectados por la separación. El terapeuta "actúa" en esas circunstancias a través de sus intervenciones (interpretaciones), inductoras de la dependencia regresiva.

Deseo entonces que quede clara mi impresión de que en la práctica la terminación del vínculo terapéutico es, en no pocas ocasiones, más un problema del terapeuta que del paciente. Este, en efecto, no tiene que vivirla necesariamente como algo penoso y angustiante, sobre todo si se siente seguro de su propia capacidad para enfrentar de ahí en adelante sus problemas por su cuenta, sobre la base de lo que ha adquirido durante el tratamiento.

Se advierte que al fomentar el terapeuta la natural tendencia regresiva del paciente sobre la base de una extrapolación de la técnica psicoanalítica (uso reiterado o sistemático de interpretaciones transferenciales, interpretación de material ajeno al foco, aumento de la frecuencia y/o periodicidad de las sesiones, uso del diván, actuación poco activa del terapeuta, etc.), el proceso se complicará más (ninguno de los dos componentes de la pareja aceptará fácilmente la separación), y a menudo podrá desembocar en el consabido *recontrato*, como expresión de una necesidad mutua de prolongar la relación.

[4] Dice Searles, refiriéndose a la fase de resolución de la simbiosis terapéutica: "Uno niega que en realidad la terapia va bien, que el paciente significa mucho para uno, niega cuán profundamente quiere esas gratificaciones que obtiene u obtuvo y cuán profunda es la sensación de pérdida que traerán consigo los cambios". (7)

He mencionado hasta aquí la conducta que debe asumir el terapeuta ante la insinuación o franca aparición de las distintas reacciones del paciente, conducta que en síntesis consiste en abordar el problema ocasionado por la inminente separación. Para ello será preciso interpretar la transferencia; dejarla de lado significaría correr el riesgo de exponer al paciente a sufrir algunas de las consecuencias a las que ya hice referencia. Pero ahora deseo examinar más detenidamente el problema de la repercusión, perturbadora, del final del vínculo terapéutico en el paciente, comprender mejor por qué llega a producirse o incrementarse en ciertas ocasiones y puntualizar la conducta que, a mi juicio, resultará más conveniente en P.B. para intentar prevenirla, enfrentarla y atenuarla.

1°) Considero que debemos remontarnos a los primeros contactos con el paciente, ya que el problema se plantea en cierto modo desde el momento en que se efectúa una *indicación* de P.B. Como dije antes, habrá pacientes que sobrelleven mejor que otros la separación. En la bibliografía sobre P.B. encontramos que algunos autores tienen en cuenta este punto, que está, naturalmente, relacionado con la capacidad yoica para *tolerar la frustración*. Bellak (2) subraya la importancia de efectuar previamente una evaluación de las funciones del yo, que servirá para el diagnóstico, pronóstico y tratamiento, la que podrá realizarse por medio de los datos clínicos y de los tests psicológicos. Pero es sobre todo Malan (6) quien señala específicamente la utilidad de detectar antes del tratamiento propiamente dicho la capacidad del paciente para soportar suficientemente el duelo por la separación del terapeuta. Los tests proyectivos podrían brindarnos regularmente los elementos para esta apreciación.

Si además de existir esta condición de tolerancia ante la separación se trata de un paciente que atraviesa un problema actual y se halla motivado para efectuar una psicoterapia, estaremos ante la situación menos discutible para la indicación de una terapia breve. Podremos, por el contrario, considerar que puede ser técnicamente objetable indicarla a un paciente que revele poca capacidad para soportar y elaborar duelos y una modalidad simbiótica, muy regresiva y dependiente en sus relaciones de objeto, por ende más proclive a

reacciones como las ya señaladas y con menores probabilidades de éxito terapéutico.[5] Creo que en algunos casos las complicaciones que luego aparecen en el tratamiento breve, principalmente con motivo de la separación definitiva de paciente y terapeuta, son en parte la consecuencia de esta actitud inicial, pero lo que sucede es que en nuestra práctica asistencial *a menudo no tenemos más remedio que efectuar* un tratamiento de tiempo limitado en muchos de los pacientes que presentan estas características; realizaremos una elección de los casos mientras nos sea posible, pues será sin duda lo más conveniente, pero, cuando por distintos motivos no pueda llevarse a cabo, no podremos hacer otra cosa que embarcarnos con el paciente en un proceso que tendrá mucho de difícil aventura y que requerirá al máximo nuestra pericia terapéutica para poder arribar a un buen final.

2°) El siguiente paso será el contrato que hemos de realizar, en especial con aquellos pacientes que presentan una franca tendencia a desarrollar espontáneamente una intensa regresión en su vínculo terapéutico. Trataremos, como condición fundamental en P.B., de no facilitarla o incrementarla, y para ello será preciso, mientras resulte posible, delimitar claramente los objetivos del tratamiento; en cuanto a las sesiones, se tendrá especial cuidado en evitar que la frecuencia de las mismas pueda llegar a favorecer la tendencia regresiva.[6]

Un aspecto que merece especial atención dentro del contrato es la duración que fijaremos al tratamiento. En algunas de estas situaciones será preferible otorgar un tiempo suficiente, de modo que permita destinar una parte del mismo a analizar el duelo por la separación[7] sin que ello nos prive del

[5] La situación suele complicarse aun mas cuando debe efectuarse una terapia de tiempo limitado a aquellos pacientes que ya vienen soportando duelos de significación, especialmente si éstos son recientes y/o patológicos, como es el caso del paciente al que pertenecen los sueños que figuran en este capítulo.

[6] En ocasiones, tal como mencioné en el capítulo 6, pp. 141 y 143, puede ser conveniente ir reduciendo progresivamente el número de sesiones semanales, siempre que exista a la vez una evolución favorable en el paciente. Esta conducta puede facilitar en éste la separación consecutiva a la terminación de la terapia, a través del desprendimiento gradual condicionado por el espaciamiento de los encuentros.

[7] Malan (6) dice que un tercio de la duración de la terapia debe destinarse en todos los casos a efectuar una tarea interpretativa en torno a la terminación.

necesario para el abordaje de la situación crítica en sí, verdadero objetivo del tratamiento.[8]

3°) Si seguimos adelante en el proceso terapéutico, nos encontramos con que las complicaciones a las que aludimos podrán evitarse o al menos –con frecuencia– atenuarse bastante si el terapeuta se desempeña adecuadamente a lo largo de la terapia, logrando ajustarse al encuadre de la P.B. Vale decir, si estimula en el paciente su iniciativa personal, con un criterio prospectivo, en lugar de fomentar la neurosis transferencial y la dependencia regresiva. Como procuré demostrarlo en el capítulo anterior, esto dependerá no solo de su familiarización con la técnica de la P.B. o de que haya vencido los prejuicios contra todo procedimiento que no sea el psicoanalítico y su tendencia a extrapolar ese modelo técnico a la terapia breve por creer que solo así podrá obtener buenos resultados, sino también, y fundamentalmente, de que pueda renunciar a las gratificaciones que ofrece el tipo de relación analista-paciente y aceptar las condiciones, en ese sentido, más frustrantes que impone la P.B. En síntesis, se requiere que el terapeuta tenga un *insight* de esta problemática y un autocontrol de sus tendencias naturales a establecer una modalidad simbiótica de relación con el paciente que, según mi hipótesis, es la que a menudo suele conducirlo –inconscientemente– a realizar considerables y decisivas modificaciones del encuadre, favorecedoras de la simbiosis terapéutica.

Considero que el *manejo de la relación transferencial* por parte del terapeuta, juntamente con su capacidad para superar los propios conflictos que pudieran derivar de la pérdida del paciente como objeto gratificante, tendrán una influencia decisiva en el cariz que tome la terminación del tratamiento y posterior separación para ambos protagonistas. Cuando el terapeuta no puede controlar esta situación y no toma las precauciones correspondientes, se suele llegar a una fase final del tratamiento en que la separación se hace más difícil generalmente para él y su paciente, más perturbadora y a la larga más frustrante: éste se encuentra finalmente en una actitud

[8] Coincido con Fiorini cuando por su parte señala que en P.B. "podría cuestionarse la validez de una línea interpretativa focalizada en las vivencias transferenciales frente al duelo del alta" (4).

regresiva y dependiente y aquél privado de su objeto gratificante, con una sensación de desilusión, por haber efectuado un tratamiento al que considera como interrumpido y poco eficaz.

Me he referido ya a la conveniencia de abordar, generalmente en la fase final del tratamiento, el problema de la separación.

4°) Bellak y Small (2) han señalado además la importancia de mantener algún contacto con el paciente luego de haber concluido el tratamiento, a fin de que éste no se sienta abandonado y de conservar una transferencia positiva. A tal efecto sugieren solicitar al paciente que haga saber al terapeuta cuál es su estado mediante cartas o llamadas telefónicas. Considero que este propósito puede ser cumplido tanto o más satisfactoriamente por medio de entrevistas de seguimiento.

Conclusiones

Las mayores posibilidades de éxito y a la vez de evitar ciertas complicaciones a lo largo de una terapia breve en general y con motivo de la terminación del tratamiento en particular, estarán en relación con:

1. La capacidad del paciente para poder tolerar suficientemente el duelo por la separación. Será conveniente tratar de detectar el grado de tal capacidad a partir de los primeros contactos.
2. Las condiciones del contrato terapéutico: se procurará disminuir la intensidad de las regresiones; en pacientes con tendencia a entablar relaciones simbióticas habrá que otorgar un tiempo suficiente al tratamiento, que contemple la posibilidad de analizar el duelo por la separación.
3. La capacidad del terapeuta para ajustarse al encuadre que exige la P.B., evitando la extrapolación de la técnica psicoanalítica, favorecedora de la dependencia regresiva. Se deberá abordar, sobre todo en los estadios finales del tratamiento, el problema que plantea al paciente la finalización y separación, ante el riesgo de la aparición en éste de reacciones (retrocesos y empeoramientos, hostilidad transferencial, *acting out*, reacción terapéutica negativa), recurriéndose especialmente a interpretaciones transferenciales. En esencia,

deberá al menos señalarse la situación de duelo, ya que no contamos con mejores posibilidades para su elaboración.

4. El mantenimiento de una transferencia positiva *a posteriori* de la realización del tratamiento, al que podrán contribuir las entrevistas periódicas de seguimiento.

En P.B. debe tratarse de llegar a la finalización del tratamiento de modo tal que el alta coloque al paciente en condiciones de vivir una experiencia estimulante y reaseguradora, a partir de la comprobación de que su autodesenvolvimiento es ahora posible. En lo que al terapeuta se refiere, es de esperar que encuentre gratificaciones en los resultados terapéuticos, es decir, en el logro de una actitud relativamente independiente y demás progresos en el paciente y por ende halle en el método psicoterapéutico breve un recurso útil, sin tener que llegar, en cambio, a fomentar la simbiosis terapéutica gratificante, radicalmente opuesta a los propósitos inherentes a este procedimiento.

Referencias bibliográficas

1. Allegro, L., Comunicación personal.
2. Bellak, L. y Small, L., *Psicoterapia breve y de emergencia*, Pax-México, México, 1969.
3. Ferrari, H. y Marticorena, A., "Una experiencia en psicoterapia de tiempo limitado", en *Coloquio Acta 1967: Psicoterapia Breve, Acta psiq. psicol. Amer. Lat.*, junio 1968. vol. XIV, nº 2, Buenos Aires.
4. Fiorini, H. J., "Psicoterapia dinámica breve. Aportes para una teoría de la técnica", en *Coloquio Acta 1967: Psicoterapia Breve, Acta psiq. psicol. Amer. Lat.*, junio 1968, vol. XIV, nº 2, Buenos Aires.
5. Laplanche, J. y Pontalis, J. B., "Reacción terapéutica negativa", en *Diccionario de psicoanálisis*, Labor, Barcelona, 1971.
6. Malan, D. H., *A Study of Brief Psychotherapy*, Tavistock, Londres, Charles Thomas, Springfield, Illinois, 1963. (Vers. cast.: *La psicoterapia breve*, Centro Editor de América Latina, Buenos Aires, 1974.)
7. Searles, H., "Fases de la interacción paciente-terapeuta en la psicoterapia de la esquizofrenia crónica", *Brit. Journal Med. Psychol.* (1961), impreso en Gran Bretaña. Ficha inédita.

10
ALGUNOS PROBLEMAS TECNICOS CARACTERISTICOS Y RIESGOS EN PSICOTERAPIA BREVE

Mencionaré aquí algunos inconvenientes técnicos de que adolece el ejercicio de las terapias de tiempo y objetivos limitados, así como ciertos riesgos que con ellas se corren. Tanto los inconvenientes como los riesgos se hallan relacionados con las peculiaridades de estos tratamientos y los eventuales errores de los terapeutas, y se presentan con más facilidad frente a pacientes que, por determinada patología, no resultan suficientemente aptos para obtener mayores beneficios terapéuticos con el empleo de estos procedimientos.

1. Los pacientes que recurren excesivamente a la *intelectualización* pueden crear serias dificultades, que se acrecientan en los casos en que el terapeuta concibe la psicoterapia focal como un proceso intelectual, reducido a "explicar" al paciente el significado de sus manifestaciones patológicas, esperando que mediante la comprensión intelectual de éste pueda lograrse la curación.

Aunque en estas terapias se aspire a lograr un *insight* que suele ser más cognitivo que afectivo (Szpilka y Knobel [7]), éste debe diferenciarse del *seudo-insight* con reforzamiento de la intelectualización que, como vemos, es un riesgo que debemos tener en cuenta, atendiendo además a que en estas terapias se realiza un análisis solamente parcial de las resistencias, que a veces no es suficiente para que el paciente "aprehenda" las interpretaciones y reconozca así sus contenidos inconscientes como algo que le es propio. De hecho esta-

mos consignando una *limitación* de la psicoterapia *verbal* de tiempo y objetivos limitados según el método que he descripto hasta aquí, ya que ante ciertos pacientes podremos vernos en la necesidad de volcarnos –y reducirnos– a una intensa labor interpretativa de sus resistencias al *insight*, de modo que tengamos que dedicar buena parte del tratamiento o incluso todo el tiempo que dure el mismo a dicha labor y sin que nos sea posible pretender otra cosa. Si bien hacer ver al paciente sus defensas patológicas puede ser importante, estas alteraciones caracteropáticas actúan como un freno que llega a veces a dificultar en grado sumo la labor relativa a sus problemas actuales, obligando a un replanteo estratégico,[1] de los objetivos o directamente del tipo de tratamiento recomendable.

2. Otro problema, originado en el terapeuta y en estrecha relación con lo descripto en 1, puede presentarse con bastante facilidad de no ejercer aquél un autocontrol adecuado frente a ciertas vivencias que es posible experimente en la práctica de estas terapias. Cuando la duración establecida para las mismas ha sido limitada es habitual que se sienta un tanto apremiado en su afán por obtener determinados resultados, sensación que se incrementa ante la proximidad de la finalización del tratamiento. Si la impaciencia lo domina, corre el peligro de desestimar el *timing* y de "bombardear" al paciente con interpretaciones prematuras, en su deseo de brindarle mucho más de lo que éste, en ese momento al menos, está en condiciones de asimilar, lo que puede traer aparejado un aumento de sus resistencias y de su angustia o aun ocasionar su deserción.

Vinculadas con esta cuestión se hallan las advertencias formuladas por T. French acerca de las "complicaciones resultantes de los intentos de forzar el conocimiento" (4). Este autor señala particularmente el efecto perturbador de ciertas interpretaciones en psicoterapia breve, a raíz del número relativamente reducido de sesiones semanales con que suele trabajarse en ella: "Debemos destacar aquí la gran diferencia en el uso de la interpretación cuando se ve al paciente todos los días... o casi todos los días, y cuando se lo ve una o dos

[1] Las técnicas dramáticas pueden constituir un recurso útil para lograr la movilización del paciente y combatir la intelectualización, sobre todo si se dispone de relativamente poco tiempo de tratamiento. Otra posibilidad estaría dada por un eventual empleo del método de libre asociación (véase cap. 6, p. 110).

veces por semana, o aun con intervalos más prolongados. En el procedimiento psicoanalítico estándar el terapeuta podría arriesgar una interpretación desagradable, pues puede apreciar su efecto al día siguiente y proteger al paciente contra un aumento de angustia. Si se expusiera esta misma interpretación en una psicoterapia más breve, la angustia podría acumularse en tal medida que el paciente caería en el pánico... Se requiere, por lo tanto, mayor atención e incluso mayor agilidad por parte del terapeuta (3).

3. A partir de la necesaria circunscripción que en el abordaje requiere una terapéutica sectorial, en la que debe atenderse preferentemente a aquello que concierne a la conflictiva focal del paciente, existe la posibilidad de que la dinámica del tratamiento sufra una *limitación esquemática*, con el estancamiento consiguiente. Pero todo terapeuta dispuesto a mantenerse suficientemente receptivo a las comunicaciones del paciente y a desentrañar siempre nuevos significados, podrá contribuir al logro de un proceso terapéutico rico, al posibilitar reajustes y hallazgos que lo conduzcan a poder replantearse la estrategia, evitando así quedar reducido a un plan rígido que, por serlo, limite sus alcances.

4. Un mal manejo técnico por parte del terapeuta –por traspolación de la técnica psicoanalítica— puede *fomentar iatrogénicamente la regresión vivencial y la neurosis de transferencia* en el paciente y acarrear diversas complicaciones dada la fugacidad de la relación paciente-terapeuta y frente a la separación, complicaciones a las que ya me he referido en los capítulos 8 y 9, así como también a las medidas preventivas y terapéuticas a tomar.

5. Pero la regresión, indeseada, alcanza inevitablemente gran intensidad en ocasiones, de un modo espontáneo. En nuestro medio se ha señalado la presencia de este hecho de manera especial en tratamientos de pacientes de bajo nivel sociocultural que concurren a establecimientos asistenciales, al contar con una oportunidad única de confiar sus problemas a un profesional, es decir una persona calificada que pueda escucharlos sin juzgarlos (5).

6. La labor del terapeuta puede verse dificultada y con ello comprometerse la eficacia del procedimiento toda vez que no sea posible delimitar con facilidad el *foco* y en consecuencia tampoco los *objetivos* del tratamiento, a diferencia de lo que

sucede cuando uno y otros surgen de manera clara y precisa, como por ejemplo en los cuadros reactivos. Al no contarse con un foco más o menos definido la labor se complica, viéndose perturbado nuestro propósito de centralizar la acción terapéutica de un modo operativo y con fines de profundización.

7. Ante pacientes con duelos patológicos y/o recientes de importancia, sometidos a tratamientos cuya duración, limitada, resulta corta, esto es, insuficiente para abordar con posibilidades de beneficios terapéuticos apreciables dicha problemática, existe la alternativa de que sufran una reactivación traumática de dichos duelos, a raíz precisamente de la limitación temporal y de la separación con respecto al terapeuta, que reaviva la pérdida, con los peligros consiguientes (acentuación de la angustia y la depresión, *acting out*, etc.). Por lo tanto y antes que nada ha de reverse en estos casos —mientras ello sea posible— la indicación terapéutica y en particular lo que atañe a la duración del tratamiento, procurando dotar al proceso terapéutico del tiempo necesario para evitar estos indeseables efectos. (Puede ser adecuado instituir una técnica de enfoque con final "abierto", por ejemplo.)

8. Es sabido que en P.B. el terapeuta debe por lo general dedicar la labor terapéutica a la resolución de problemas de la realidad externa actual del paciente (comúnmente representados por conflictos en determinadas relaciones interpersonales), apelando para ello con asiduidad, dentro de las interpretaciones, a las llamadas "extratransferenciales". Debemos entonces reconocer una limitación muy propia de estas terapias, que a veces adquiere gran importancia, a la cual ya me he referido en el capítulo 6 (véase en "Interpretaciones 'extratransferenciales' ", p. 126) y que menciono nuevamente aquí: responde al hecho de no contar el terapeuta con suficiente conocimiento del paciente —en particular de cômo son sus relaciones de objeto–, además de tener poco tiempo para adquirirlo durante el tratamiento a raíz de la corta duración de éste y de ser las sesiones relativamente poco frecuentes, *viéndose así dificultado su acceso a una comprensión e interpretacion adecuadas de los sucesos del mundo externo del paciente*, lo que puede acarrear diversas consecuencias negativas si no obra con suficiente cautela.

Este inconveniente puede verse acentuado en el caso de *pacientes que por deficiencias yoicas registren una distorsión marcada en su captación de la realidad*, razón por la cual, al

tener que remitirnos en buena medida al material que nos aporten, será escasa la confianza que en ese sentido puedan inspirarnos. En tales circunstancias esto presupone la existencia de un mayor margen de error en la apreciación de la naturaleza de los conflictos de la realidad externa del paciente por parte del terapeuta.

En la terapéutica breve la limitación mencionada debe compensarse con un estudio exhaustivo y lo más profundo posible del paciente previamente al comienzo del tratamiento (una razón poderosa para realizar varias entrevistas diagnósticas cuando el caso lo requiere, confeccionar una historia clínica minuciosa y, muy especialmente, detectar cuáles son las principales características de las relaciones objetales del paciente, sobre todo a través de tests proyectivos). Este estudio previo deberá entonces proveernos de elementos diagnósticos en los cuales podamos apoyar nuestras hipótesis explicativas y nuestras intervenciones terapéuticas.

9. Los pacientes que evidencian tendencias al *acting out* plantean un nuevo problema técnico. Una medida podrá ser asignar un número necesario —tal vez mayor que el habitual en estas terapias— de sesiones semanales —tres por ejemplo— para garantizar una tarea interpretativa mínima de la transferencia desarrollada, que permita disminuir las posibilidades de presentación de la conducta *acting-out*. Si bien elevar la frecuencia de las sesiones entraña a la vez otro riesgo, el de favorecer la dependencia regresiva del paciente, es el precio que hay que pagar para evitar una complicación mayor, y a veces sumamente peligrosa, la del *acting-out*.

10. Por otra parte el riesgo del *acting-out* se acrecienta cuando el camino al mismo se ve posibilitado o facilitado porque el terapeuta, llevado por el criterio de orientar al paciente hacia los problemas actuales de su realidad externa, *prescinde en demasía del análisis de la transferencia*. Fantasías transferenciales pasadas por alto pueden entonces ser actuadas por parte del paciente.

En su afán de *lograr* "resultados prácticos" en *poco tiempo* puede el terapeuta inducir a la actuación.[2]

2 Este peligro puede ser mayor si el terapeuta tiene *tendencias maniacas inconscientes* (6). Obstinado en alcanzar el autodesenvolvimiento del paciente, podría fomentar en éste *salidas maniacas* seudoindependientes.

11. Entre otros resultados que pueden producirse y en relación con lo señalado en último término en 10, figuran las meras *conductas adaptativas*, promovidas por el fervor terapéutico, que implican modificaciones solo a un nivel superficial, y se describen mecanismos tales como *la fuga a la salud* y *la cura transferencial*, que aunque no son de rara aparición tampoco considero que hayan de ser lo habitual en P.B. Quiero aquí formular una advertencia: algunos detractores de estas terapias no vacilan en rotular peyorativamente como fuga a la salud o cura transferencial todo logro del paciente obtenido a través de las mismas.[3]

Las *recaídas*, ya se produzcan en ausencia de los hechos que acabo de citar, conjuntamente o a continuación de ellos, configuran en cambio una eventualidad más o menos frecuente en estas terapias. Y habrá que contar con que ello ocurra, pues son la expresión de una reactivación de los conflictos, que habían sido objeto de una resolución en esencia incompleta, lo que es la regla en estas terapias, o directamente responden a una resolución falsa.[4] En estas ocasiones suele detectarse la persistencia de conflictos transferenciales subyacentes, incrementados por la separación debida a la terminación de la terapia, la cual puede ser vivida como un abandono y condicionar diversas reacciones perjudiciales en el paciente durante y después del tratamiento (véase el cap. 9).

Las *agravaciones* constituyen una complicación que a su vez puede también estar relacionada con la separación a raíz del final del tratamiento (véase cap. 9, p. 197).

[3] Cabe además agregar que si bien fenómenos como las curas transferenciales constituyen una falsa solución del conflicto, según Alexander y French las hay bastante duraderas y hasta permanentes, por lo que estos autores no han dejado de valorar sus efectos terapéuticos (1) (2) (3). De todos modos nuestras expectativas deberán continuar centradas en la obtención de *insight*.

[4] Un riesgo particularmente temible dentro de la perspectiva de reaparición de manifestaciones sintomatológicas lo constituye el hecho de que las mismas tengan lugar a *nivel somático*. En algunos casos cabe pensar si el terapeuta con su entusiasmo, obrando más bien por sugestión y como un superyó severo y exigente, no funciona a veces en el tratamiento breve efectuando una "prohibición" del síntoma, con lo que puede provocar –en su afán por lograr "cambios"– la supresión sintomática en el área del mundo externo, pero con el agravante de condenar al paciente a exteriorizar *a posteriori* el conflicto (que obviamente permanece activo) en el terreno corporal, por ejemplo, a través de un *nuevo* síntoma y con los peligros que ello entraña, lo que además equivale a suponer que solo se ha logrado cambiar el área de expresión de dicho conflicto.

En todos estos casos el seguimiento prolongado posibilitará la comprobación de estos resultados y la adopción de las medidas terapéuticas más indicadas.

Referencias bibliográficas

1. Alexander, F., "Contribuciones psicoanalíticas a la psicoterapia breve", en L. Wolberg y col.: *Psicoterapia breve*, Gredos, Madrid, 1968, cap. V.
2. –, "Psicoanálisis y psicoterapia", en F. Alexander, *Psicoanálisis y psicoterapia*, Psique, Buenos Aires, 1960, cap. VIII.
3. French, T., "La dinámica del proceso terapéutico", en F. Alexander y T. French, *Terapéutica psicoanalítica*, Paidós, Buenos Aires, 1965, cap. VIII.
4. –, "Planificación de la psicoterapia", en F. Alexander y T. French, *ob. cit.* en 3, cap. VII.
5. Kaplan, C., Síntesis y debate. Curso para graduados de Técnicas en Psicoterapia Breve. Organizado por la Soc. Arg. de Psicología Médica, Psicoanálisis y Medic. Psicosomática (Asoc. Méd. Arg.), Buenos Aires, 16.6.72.
6. Racker, H., "Técnica analítica y la manía inconsciente del analista", en H. Racker, *Estudios sobre técnica psicoanalítica*, Paidós, Buenos Aires, 1969 (Estudio VIII).
7. Szpilka, J. y Knobel, M., "Acerca de la psicoterapia breve", *Coloquio Acta 1967: Psicoterapia Breve, Acta psiq. psicol. Amér. Lat.* , junio 1968, vol. XIV, n° 2, Buenos Aires.

11
LA EVALUACION DE RESULTADOS TERAPEUTICOS EN PSICOTERAPIA BREVE

Introducción

La evaluación de resultados terapéuticos en las terapias breves tiene por finalidad primordial verificar si se han cumplido los objetivos fijados. Paralelamente se podrán indagar otros aspectos que resulten de interés, como luego veremos.

Sobre la base de la valoración de los resultados obtenidos será posible replantear la situación del paciente y determinar los pasos a seguir a partir de ese momento.

Quiero destacar la conveniencia de que la labor evaluativa no quede exclusivamente a cargo del terapeuta, sino que haya participación activa del paciente. Considero que ello permitirá que la apreciación de los resultados se vea enriquecida y pueda, la generalidad de las veces, aproximarse más a la realidad, a diferencia de lo que suele suceder cuando es efectuada en forma aislada por ambos protagonistas del proceso terapéutico. Asimismo la evaluación conjunta deja en el paciente la impresión de que se llevó a su culminación una labor en común, la cual tiene de este modo un cierre cuidadoso, planificado, en el que se aprecia su opinión, requerida en un intercambio cordial y franco con el terapeuta. Este último paso del proceso adquiere así un *alcance terapéutico* que, eventualmente, incluye la confirmación por parte del paciente de sus impresiones respecto de los progresos obtenidos, cuando éstas son ratificadas por el juicio del terapeuta, creándole una sensación de reaseguramiento.

En lo que se refiere al terapeuta, el empleo de un procedimiento metódico de evaluación de resultados terapéuticos, de base psicodinámica, suele estimularlo a efectuar un estudio más exhaustivo de los mismos, permitiendo un registro que facilite la elaboración estadística y ulteriores investigaciones acerca de los alcances y limitaciones del procedimiento que nos ocupa.[1]

Un método de evaluación

A partir de consideraciones expuestas por Usandivaras en nuestro medio, recordaré una cuestión básica. Nada mejor que transcribir sus propias palabras: "Para que una evaluación de terapia sea realmente válida debe ser no solo *inmediata*, al término de la cura, sino también *mediata*. Es necesario el *follow-up* o *seguimiento* del paciente dado de alta, para poder saber si los resultados logrados se mantienen y durante cuánto tiempo" (6). (Bastardillas del autor.)

La evaluación es, en lo posible, anunciada y convenida de antemano con el paciente al efectuarse el contrato terapéutico: se explica cuáles son sus motivos, cómo se llevará a cabo y las fechas de realización de las entrevistas de evaluación inmediata, ya que las de evaluación mediata suelen concertarse a partir de la finalización del tratamiento, variando su periodicidad en función de diversos factores, en parte relacionados con las necesidades y posibilidades de cada caso (entrevistas cada seis meses, un año, etcétera).

El procedimiento que describiré es el que he adoptado a título personal.[2] Como cualquier otro, es susceptible de ser objetado y/o perfeccionado, a fin de lograr una mayor precisión. No obstante, sin llegar a constituir un riguroso instrumento de medición, considero que posee valor práctico en la medida en que provee de una técnica suficientemente reglada.

[1] En materia de evaluación de resultados terapéuticos en psicoterapia breve es obligado citar a Malan. Su libro (4) contiene un excelente estudio, minucioso y dotado de sólidos fundamentos psicodinámicos.

[2] Dicho procedimiento es producto de una elaboración personal que incorpora elementos de un modelo suministrado por la Lic. L. Wolff (8) (a quien agradezco las valiosas enseñanzas que sobre este tema me impartió hace ya algunos años), así como también algunas ideas de Malan (4).

Para llevar a cabo la evaluación, tanto inmediata como mediata, apelo a dos recursos fundamentales: a) entrevistas con el paciente (extendidas eventualmente a familiares y/o allegados del mismo, como cuando se trata de adolescentes, por ejemplo) y b) el psicodiagnóstico.

La evaluación inmediata

Se efectúan dos entrevistas. La primera, de unos cuarenta minutos de duración y que se realiza poco después de finalizada la terapia, está destinada a recoger las apreciaciones e informaciones que suministra el paciente (*autoevaluación*). En la segunda, por lo general algo más breve, tiene lugar una *devolución* de parte del terapeuta, que incluye su evaluación.

La técnica que utilizo en la *primera entrevista* de evaluación inmediata es la siguiente: por empezar, indico al paciente que podrá expresar ampliamente sus opiniones acerca del tratamiento que acaba de concluir y de sus resultados y que luego le formularé algunas preguntas al respecto. En la primera parte de la entrevista el paciente opina sobre distintos puntos: los cambios notados, cómo había imaginado que sería su tratamiento, qué críticas le sugiere, las vivencias que le deparó, de qué forma fue ayudado, etc., impresiones todas que han de ser útiles para el terapeuta.

Luego se lleva a cabo una indagación sistemática de la autoevaluación del paciente a propósito de los puntos que expongo más abajo, sobre la base de preguntas, en lo posible claras y sencillas.

En la *segunda entrevista*, generalmente efectuada a pocos días de la primera, comunico al paciente mi propia evaluación, previo estudio de todo el material recogido en la primera entrevista, que confronto con mis observaciones. Después de haber revisado la evolución del caso, ya estoy en condiciones de transmitirle mis impresiones sobre cada uno de los puntos considerados, tratando al final de precisar, fundamentalmente: 1) qué es lo que se aclaró y resolvió y qué lo que quedó pendiente; 2) mi opinión respecto de los próximos pasos a seguir.

Tomo en cuenta los siguientes puntos a evaluar en cada caso:

Insight de la problemática focal (I.P.F.).
Resolución de la problemática focal (R.P.F.).
Mejoría sintomática (M.S.).
Conciencia de enfermedad.
Autoestima.
Otras modificaciones favorables (vida sexual; relaciones de pareja; otras relaciones interpersonales; estudios; trabajo y recreación).
Proyectos para el futuro.

Insight de la problemática focal (I.P.F.)

He incluido este punto pues me parece de decisiva importancia. Las expectativas del terapeuta en el sentido de que se produzcan modificaciones significativas y medianamente perdurables en el paciente deben asentarse principalmente en el *insight* que éste pueda adquirir respecto a los dinamismos psíquicos subyacentes a la situación-problema. Para el paciente se trata concretamente de saber si llegó a comprender sus problemas de un modo distinto y más profundo. Pero en realidad la evaluación en este punto corre más que en cualquier otro por cuenta del terapeuta, a quien distintos indicadores clínicos que están a su alcance a lo largo del tratamiento mismo le habrán dado ya la pauta del grado de *insight* obtenido (cuando a una interpretación le sigue un silencio reflexivo del paciente, o la asociación por parte de éste de situaciones análogas a la que fue objeto de la interpretación, o un cambio del clima emocional de la sesión, con una sensación contratransferencial de desaparición de las resistencias, o una exclamación del paciente que revela sorpresa ante el descubrimiento, etc.).

Resolución de la problemática focal (R.P.F.)

A la par de extraer conclusiones acerca de si existe o no *insight* de la problemática focal en cada caso, tomo en consideración este ítem, que se refiere a la resolución propiamente dicha de esa misma problemática y sobre cuya denominación caben algunas aclaraciones. Veremos qué implica el término resolución tanto dinámica como clínicamente. En relación con lo primero significa que los cambios producidos mediante el tratamiento deberán estar en esencia basados en el *insight* para que sea posible considerar dicha resolución como *real*, o sea que en ese caso el ítem precedente, I.P.F., deberá registrar invariablemente un resultado positivo, es decir, la existencia de *insight*.[3] Pero aquí me refiero solo a *experiencias iniciales de insight*, que es en realidad lo que suele proporcionar un tratamiento focal, o sea que desde el punto de vista dinámico esta resolución no implica, sería absurdo pretenderlo, una superación (elaboración) sustancial de los conflictos subyacentes, como podría esperarse —y aun con ciertas reservas– de un tratamiento psicoanalítico. Se trata entonces, como ya ha sido señalado anteriormente (véase cap. 3, p. 35), de una resolución dinámicamente incompleta o parcial, lo que explica que puedan producirse recaídas circunstanciales. A lo sumo podemos pensar que en el mejor de los casos el conflicto se vuelve inactivo, dejando así de tener un carácter perturbador por un período cuya duración es imprevisible.

Clínicamente la resolución puede a menudo traducirse en la superación de un episodio (con adquisición de cierto grado de *insight* y retorno al equilibrio psicológico). De un modo más preciso, y siguiendo a Malan, el término *resolución* es una forma sintética de hacer referencia a la sustitución de una reacción inapropiada por otra apropiada (4). Agrega Malan

3 Si bien no podremos entonces admitir como real la resolución que no se acompañe de una concientización de la problemática correspondiente, cabe aclarar que la inversa es posible, esto es, que se haya logrado cierto *insight* de aquélla y que sin embargo no derive, al menos de un modo inmediato, en un cambio favorable y esperado, existiendo a veces una desproporción entre el *insight* que parece haberse obtenido y las modificaciones comprobables, modificaciones que podrán presentarse o no tiempo después. Estas situaciones obedecen a la existencia de otros determinantes de la problemática no elucidados durante el tratamiento, a la necesidad de desarrollo de procesos elaborativos posterapéuticos que demandarán más tiempo para dar sus frutos o, por último, a que dicho desarrollo podría verse coartado o agotado sin producir efecto favorable alguno. Es que aun si fuese vencida, por ejemplo, cierta resistencia de la represión, pueden persistir otras formas de resistencia que obstaculicen todo progreso (resistencias del beneficio secundario de la enfermedad, del superyó, etc.).

que esto no involucra necesariamente la resolución del proceso patológico subyacente, hecho que por otra parte no sería posible precisar. Aclarado el significado que ha de tener el término desde el punto de vista clínico, veremos que en este sentido, siempre basándonos en Malan, la resolución podrá ser *total* o *parcial*. La primera corresponde a la definición del término ya señalada y se presenta cuando un paciente, luego del tratamiento y ante situaciones ligadas con la conflictiva focal, no solo deja de registrar las dificultades y síntomas de un comienzo sino que, en cambio, enfrenta dichas situaciones de una forma más adecuada. El mismo autor da un ejemplo muy claro al referirse al caso de un hombre que tenía una relación conflictiva con su patrón, en el que la resolución, clínicamente total, estaría dada por la desaparición de su miedo al patrón y de sus temores obsesivos a cometer errores en su trabajo, a lo cual debía sumarse el hecho de que comenzara a tenerse confianza en el desempeño del mismo y que se estableciera una relación satisfactoria con su patrón, sin sumisión u hostilidad excesivas. Por otra parte, la resolución clínica parcial consistirá en la desaparición de una reacción inapropiada (ej.: irritabilidad, ansiedad, etc.), que no va acompañada de la reacción apropiada (4).

Además de la resolución real, clínicamente completa o incompleta, Malan menciona las *falsas soluciones*, entre las que se incluyen fenómenos tales como la "cura transferencial" y la "huida hacia la salud", así como la desaparición de síntomas lograda a expensas de la evitación de las situaciones conflictivas, mientras que denomina *solución falsa valiosa* a aquella en la que los cambios se vinculan con alguna determinación del paciente o algún otro hecho significativo generado a partir del tratamiento, que sirve para romper un círculo vicioso e instalar en su lugar uno benigno de logros y modificaciones vitales (4).[4] Ahora bien, Malan señala que en la práctica se plantean interrogantes decisivos: ¿Cómo reconocer la mejoría "básica" o "específica"? ¿Cómo diferenciar una "resolución" —real— de varias clases de "falsa solución"? (4). Sin duda que

[4] Espero que la descripción de los conceptos incluidos en este punto haya alcanzado suficiente claridad expositiva ya que, por razones de espacio, no puedo extenderme más al respecto, por lo que para una información más detallada sugiero que se consulte la obra de Malan (4).

efectuar tales distinciones puede ser a veces una empresa difícil, en la que suele aclarar el panorama un estudio realizado a lo largo de seguimientos, en realidad imprescindible si se pretende valorar adecuadamente el ítem R.P.F., a lo que habrá que agregar los elementos aportados por el psicodiagnóstico. Las apreciaciones, sin embargo, seguirán teniendo un carácter empírico.

No obstante, es factible mencionar con fines de orientación algunas de las distintas posibilidades que pueden darse en materia de resultados terapéuticos, partiendo de la base de aceptar como real toda resolución de la problemática central del tratamiento que, asentándose en el *insight*, perdure sin que se produzcan recaídas a lo largo de un determinado período que podemos convencionalmente fijar, por ejemplo, en 24 meses a partir de la finalización de la terapia y mientras el paciente no haya sido sometido a otro tratamiento psicoterapéutico durante dicho lapso. De este modo pueden presentarse alternativas como las siguientes:

1°) Resolución-total (clínicamente) de la problemática focal [R.P.F.: Sí (total)].

2°) Resolución parcial (clínicamente) de la problemática focal [R.P.F.: Sí (parcial)].

3°) Resultado dudoso [R.P.F.: ?].

4°) Sin modificaciones en la problemática focal [R.P.F.: No].

5°) Aparente resolución de la problemática focal, total o parcial (clínicamente), inestable, con *recaída* [R.P.F.: No].

6°) Solución falsa valiosa [R.P.F.: No].

7°) Falsa solución de la problemática focal, con o sin recaída (cura transferencial, fuga hacia la salud, evitación, etc.) [R.P.F.: No].

8°) Agravación[5] de la problemática focal [R.P.F.: No].

La evaluación en este punto (R.P.F.) es también patrimonio del terapeuta, aunque éste deberá conocer, como siempre, las impresiones del paciente sobre el particular, o sea si, según éste, se solucionaron o no sus problemas a través del tratamiento.

[5] La agravación se presenta habitualmente con empeoramiento de la sintomatología concomitante.

Mejoría sintomática (M.S.)

La observación de la evolución de los síntomas adquiere particular importancia en estas terapias. La mejoría sintomática puede llegar a ser el principal objetivo terapéutico, como en el caso de pacientes que presentan una gran debilidad yoica, permanente o transitoria (esto último es propio de episodios agudos), en los que solo se procura a veces —y al menos inicialmente— una remisión sintomática. Por lo demás es de desear, mientras sea posible, que el alivio o la desaparición de los síntomas sea el corolario de cambios internos (mejoría por el *insight*) que a su vez resulten de habernos introducido con el paciente en la psicogénesis de sus síntomas.

Cabe advertir acerca de la *falsa solución* por evitación (4), a raíz de la cual el paciente, "asintomático", se encuentra en realidad peor que en un comienzo.

Conciencia de enfermedad

Comprende la indagación acerca de si hubo o no una toma de conciencia de la existencia de una enfermedad "de base" por parte del paciente, toma de conciencia que por lo tanto debe trascender el solo reconocimiento de la naturaleza patológica del trastorno actual. Para ello se podrá inquirir, por ejemplo, si considera que persisten en él otras dificultades que requieran ser resueltas.

Pienso que la adquisición de conciencia de enfermedad debe ser una meta implícita de toda terapia breve de *insight*, pues de allí puede arrancar la motivación del paciente para seguir recibiendo asistencia psiquiátrica o volver a consultar en otra ocasión, cuando ello sea necesario.

Autoestima

Como sucede con el punto anterior, también la elevación de la autoestima y las posibilidades de autorregulación adecuada de la misma configuran una finalidad que conviene tener presente. La mayor parte de las personas que acuden a la consulta psiquiátrica registran una disminución de su autoestima. El

incremento de ésta (consecuencia natural de un trato cálido de parte del terapeuta, amén del efecto particular de determinadas intervenciones del mismo) constituye un logro terapéutico nada desdeñable, no solo porque de por sí significa para el paciente mayor bienestar, sino también por su influencia directa en el funcionamiento yoico, a través de la cual puede promover modificaciones positivas.[6]

El estado actual de la autoestima se detecta por medio de diversos datos, recogidos tanto en las entrevistas como en el psicodiagnóstico. Puede servir de sencillo ejemplo, sin entrar aquí en consideraciones profundas, el hecho de notar en un individuo que al comienzo del tratamiento impresionaba como muy descuidado consigo mismo, que se viene ocupando más de su aspecto personal, además de permitirse algún esparcimiento, etcétera.

Otras modificaciones favorables

Ya que se trata de un procedimiento terapéutico orientado hacia la realidad cotidiana del paciente, interesa averiguar si se han producido, eventualmente, cambios en aspectos tales como su vida sexual, sus relaciones de pareja, otras relaciones interpersonales, especialmente las familiares —con padres, hermanos, etc.—, pero también las amistosas, laborales, etc.; en los estudios, el trabajo y la recreación, atendiendo al uso que hace de su tiempo libre (lo que permitirá explorar su capacidad de goce, su iniciativa personal, su creatividad, etc.).

Proyectos para el futuro

Se trata de comprobar si, como consecuencia del *insight* logrado, el paciente emerge del tratamiento con: 1) Alguna orientación en lo referente a realizaciones futuras en aspectos tales como estudios, trabajo, posibles migraciones, etc. 2) A partir de allí, si cuenta con la posibilidad de adoptar ciertas determi-

[6] Recientemente R. White ha precisado la influencia recíproca existente entre autoestima y experiencias de eficacia (7).

naciones. Todo esto implica a la vez cierto autoconocimiento y aceptación de sus perspectivas y limitaciones.

Cuando las metas terapéuticas no guardan mayor vinculación con lo concerniente a planes personales del paciente, esta cuestión configura de por sí un objetivo aparte, por lo que no siempre es posible abordarla en un tratamiento breve.

En general la exploración de los distintos puntos citados puede ser vista como una re-evaluación del estado de las funciones yoicas del paciente luego de efectuado el tratamiento.

Psicodiagnóstico

Es conveniente efectuar el retest no antes de que hayan transcurrido por lo menos seis meses desde la realización del psicodiagnóstico inicial, ya que de lo contrario es menos probable que puedan registrarse cambios significativos en el material. El nuevo psicodiagnóstico, comparado con el anterior, permite ampliar la observación de las modificaciones obtenidas.

Harrower, quien realizó una investigación con numerosos pacientes tratados con el método terapéutico breve, refiere que en la mayoría de los casos los tests exploratorios no revelaban diferencias destacables cuando se efectuaban inmediatamente después de finalizado el tratamiento. Pero las pruebas realizadas al cabo de varios años con esos mismos pacientes, sin que mediara en el ínterin tratamiento psicológico alguno, registraban una notable mejoría, lo que parece indicar asimismo que *a posteriori* de estos tratamientos se desarrolla un proceso activo y generador de cambios (2).

Se comprueba frecuentemente, entre otros hallazgos, la instrumentación de mecanismos defensivos menos primitivos y más adaptativos que los presentes en un comienzo.

Es conveniente que el mismo psicólogo que realizó el psicodiagnóstico inicial sea quien, utilizando iguales procedimientos que en aquella ocasión, efectúe el retest y la devolución correspondiente al paciente. Solo de este modo, evitando que haya variantes, la comparación de los resultados de uno y otro estudio tendrá validez.

Altenativas del paciente al terminar el tratamiento

Este tema ha sido considerado ya por otros autores. Me detendré aquí en el comentario de algunas cuestiones que me parecen de interés.

Las distintas posibilidades que deben tomarse en cuenta al concluir el plazo terapeútico son:

1. *La separación de paciente y terapeuta*, sin programación de futuros encuentros.
2. *La concertación de entrevistas periódicas de seguimiento.*
3. *El establecimiento de un recontrato.*
4. *La indicación de otro tipo de tratamiento.*

1. *La separación de paciente y terapeuta* será decidida siempre y cuando aquél esté en condiciones de afrontarla. Se le hará saber, como es natural, que podrá consultar nuevamente toda vez que sienta necesidad de hacerlo.

2. Del *seguimiento* me ocupo en "La evaluación mediata", pp. 225 a 229.

3. *El establecimiento de un recontrato* puede llevarse a cabo en distintas circunstancias: a) si no se han cumplido los objetivos, o b) si, habiéndose cumplido, se plantean nuevos objetivos limitados. En el primer caso se trata de una prolongación necesaria del tratamiento, en el que el plazo inicial pudo haber resultado insuficiente para lograr las metas establecidas.

Cuando *durante el tratamiento* el terapeuta considera necesario prolongarlo (recontrato), conviene que se lo proponga al paciente sin esperar a que se cumpla el plazo inicialmente asignado, es decir, el momento de la evaluación. Actuar del modo contrario supondría exponer al paciente a una falsa situación de separación inmediata, a sabiendas del terapeuta, quien se vería además arrastrado a trabajar sobre ésta, todo lo cual, como es obvio, carece de sentido.

4. *La indicación de otro tipo de tratamiento,* distinto en sus fines y en su técnica, puede surgir en diversas situaciones, se hayan cumplido o no las metas terapeúticas. Es frecuente, por ejemplo, que a continuación de una terapia de tiempo y objetivos limitados se despierte en el paciente el interés por efectuar una psicoterapia prolongada. Hay además terapeutas

que sugieren completar la experiencia correctiva de la terapia individual con un posterior tratamiento grupal.

Quiero destacar aquí que el pasaje de un paciente de un tratamiento breve que está por finalizar a otro prolongado (ej., psicoanálisis), sea que se realice de inmediato o después de haber transcurrido algún tiempo entre uno y otro, no constituye de por sí indicio alguno de fracaso o éxito del tratamiento efectuado, cuestión sobre la cual otros se han pronunciado de manera similar. En realidad, tanto puede responder a lo primero como a lo segundo. Se da el caso de que se decida realizar un tratamiento prolongado al comprobarse que la técnica focal resultó ineficaz y que en la oportunidad se requiere otro encuadre, como puede también tratarse de un paciente en quien el tratamiento breve haya estimulado su motivación para una exploración más profunda, amplia y prolongada de sus conflictos, con miras a modificar aspectos de su carácter, pautas repetitivas de conducta, etc., es decir, con otros y más ambiciosos objetivos, que ha adquirido además mayor conciencia de enfermedad y confianza en la psicoterapia al confirmar que la mejoría es posible, todo lo cual lo hace ahora más apto para realizar un tratamiento de esta naturaleza, que en la práctica podrá ser solicitado por él mismo o incluso recomendado por el terapeuta. Aquí el paso a la psicoterapia prolongada es un logro importante de la terapia breve.

Si quien se haga cargo del nuevo tratamiento debe o no ser el mismo terapeuta puede constituir un tema para la polémica, que merece algunos comentarios. Las opiniones al respecto parecen estar bastante divididas.

Por mi parte creo que no se puede generalizar afirmando que tal o cual posición será la más adecuada en todos los casos. Pienso que tanto una alternativa como otra ofrecen ventajas y desventajas. Si se considera la posibilidad de que sea el mismo terapeuta quien efectúe el nuevo tratamiento, vemos que puede contar a su favor con la existencia de una alianza terapéutica ya instaurada y con la confianza del paciente en las perspectivas que ofrece el tratamiento, basada en las mejorías obtenidas inicialmente. Además, el terapeuta conoce ya en alguna medida la patología del paciente. Finalmente, al continuar a cargo de su tratamiento, le evita el duelo por la separación, que queda reducido al ocasionado por el eventual cambio

del tipo de relación paciente-terapeuta.[7] Pero es en lo concerniente a dicho cambio donde residen precisamente las desventajas. El paciente puede experimentar dificultades para aceptar las modificaciones de la relación con su terapeuta debidas a las características del nuevo encuadre, y ello traer aparejadas complicaciones transferenciales provocadas por la hostilidad generada al pasar —de un modo contradictorio para él, tal cual ve la transformación de su vínculo con el terapeuta— de una relación más definida y cálida, de diálogo fluido y mantenido "frente a frente", a otra más ambigua, en la que el terapeuta establece mayor distancia afectiva, y que propone otra disposición espacial, siendo en suma más frustrante. Todo esto además puede confundir y desconcertar al paciente. Por ello a veces, ante un nuevo tratamiento, lo más conveniente puede ser recurrir a un nuevo terapeuta. En cada situación habrá que sopesar cuidadosamente distintos factores, correspondientes no solo al paciente sino también al terapeuta.

Quizás algo que cabe hacer cuando frente a un paciente sometido a un tratamiento breve se considera firmemente la posibilidad de concertar a continuación de dicho tratamiento un psicoanálisis con el mismo terapeuta, es que éste, sin llegar a la actitud de ambigüedad psicoanalítica, sea menos demostrativo con el paciente, desempeñe un rol un poco menos activo que el habitual en las psicoterapias focales y regule más determinado tipo de intervenciones que puedan contrastar demasiado con las de la técnica psicoanalítica que luego ha de adoptar, para que el pasaje a la nueva forma de relación terapéutica sea más gradual, de modo de poder manejar la situación creada sin que se produzcan reacciones transferenciales indeseables y a la vez de ir preservando el necesario *setting*.

La evaluación mediata

Se practica por medio del *follow-up* o *seguimiento* que, básicamente, servirá para comprobar si los cambios logrados se mantienen o no. En el terreno de la *investigación*, la evalua-

7 Me refiero aquí principalmente al pasaje a un tratamiento psicoanalítico.

ción mediata nos permite indagar acerca del grado de eficacia de estos procedimientos y formular hipótesis sobre los probables mecanismos terapéuticos actuantes. Es en estas circunstancias cuando se ponen a prueba los logros obtenidos, ya que con el paso del tiempo éstos pueden consolidarse o bien desdibujarse, dando lugar también a recaídas. Puede efectuarse entonces un estudio más preciso que en la evaluación inmediata y por consiguiente una valoración más correcta de los cambios producidos. El seguimiento hace a veces posible distinguir mejor, por ejemplo, entre una cura transferencial de efectos fugaces o bien una "huida hacia la salud", y auténticas mejorías causadas por el *insight*. Además tenemos oportunidad de comprobar si luego de la remoción del obstáculo continúan o no evidenciándose nuevos progresos, es decir, ciertos cambios prospectivos ligados con el tratamiento, verificables tanto clínicamente como por medio del psicodiagnóstico.

A veces los cambios esperados solo se manifiestan en el seguimiento, o sea después que ha transcurrido un período desde la finalización del tratamiento, que puede ser ciertamente prolongado.

También pueden explorarse con mayor detalle determinados aspectos del proceso terapéutico, tales como la conducta del paciente ante el terapeuta en el seguimiento, esto es, la evolución de la relación transferencial y su consiguiente vinculación con el estado del paciente (como lo realizó el grupo de Malan [4], que estudió estos hechos en relación con el grado de interpretaciones de la transferencia existente a lo largo de los tratamientos efectuados). De sobra conocemos, por ejemplo, los peligros que derivan de ciertos aspectos transferenciales no resueltos, los que podrán entonces rastrearse a través de entrevistas periódicas de control. Así, nos encontraremos tanto con pacientes que concurren entusiasmados, mostrándose colaboradores y agradecidos, como con otros que se presentarán quejosos o aun no asistirán, rehuyendo el encuentro.

Pero los alcances del seguimiento no se reducen a una sola faz, la investigación, sino que éste representa a la vez un recurso *preventivo-terapéutico*. Puede evitar –o al menos atenuar– posibles recaídas relacionadas con fantasías de abandono a raíz de la terminación del tratamiento, temática que fue considerada en el capítulo 9. Partiendo de experiencias en establecimientos asistenciales, se ha señalado en nuestro me-

dio que llega a configurar una continuación espaciada del tratamiento, en el que la institución es un continente para el paciente, quien desarrolla así cierta pertenencia a la misma (3). Además, al mantenerse el contacto con el paciente, éste tiene una posibilidad de reaseguramiento y tranquilización, ya que puede objetivar la permanencia de las mejorías logradas. Por último, cuando existe un control periódico de la evolución del caso, es factible detectar nuevas manifestaciones sintomatológicas o la reaparición de las ya conocidas y con ello la indicación psicoprofiláctica o psicoterapéutica necesaria antes que el proceso patológico alcance mayor desarrollo.

La *técnica de las entrevistas*, en esencia similar a la descripta a propósito de la evaluación inmediata, tiene en cuenta los mismos ítems, a lo que se deberá agregar la indagación acerca de posibles nuevos logros y/o problemas que pueda presentar el paciente. Habrá además una "devolución" del terapeuta, quien transmitirá sus impresiones, así como también sus sugerencias para el futuro. Todo esto ha de efectuarse en una o más entrevistas, de acuerdo con las necesidades.

El *retest* se llevará a cabo conforme a las condiciones enunciadas anteriormente (véase p. 222). Ya hice mención también de que es en estas circunstancias cuando el psicodiagnóstico puede registrar cambios significativos producidos por estas terapias.

Adentrándonos en lo que podemos explorar por medio del control periódico del paciente, señalaré de manera sucinta algunos puntos.

Si consideramos concretamente los *cambios y mejorías sintomáticas*, es menester plantearse al menos, ya que no siempre tendremos respuestas concluyentes a estos interrogantes, a qué *mecanismos* responden y cuál es el *alcance* y la *estabilidad* de dichos cambios, temas a los que en parte me he referido en el capítulo 3 (véanse pp. 66 a 73).

Con respecto a los *mecanismos* de los cambios y mejorías sintomáticas, recordemos que estos resultados pueden ser producto del *insight*, así como también de otros medios de fortalecimiento yoico como el incremento de la autoestima (quiero decir cuando éste es logrado por mecanismos distintos del *insight*), que puede influir favorablemente sobre el funcionamiento del yo y aliviar padecimientos tales como la depresión; podremos pesquisar la existencia de una cura transferencial,

que deriva en cambios solo aparentes y en superficie (reacciones adaptativas), de dudosa perdurabilidad, o podrá tratarse de una "fuga a la salud", una "solución falsa valiosa", etcétera.

La resolución real (o sea lograda por el *insight*) de la problemática focal podrá expresarse en el mantenimiento de los cambios registrados al concluir el tratamiento. Pero también es posible que constituya un hallazgo evidenciado durante el seguimiento. Esto sucede cuando los cambios y mejorías sintomáticas sobrevienen solo después de un período de tiempo. El paciente habría adquirido cierto *insight*, hecho registrado en la evaluación inmediata, pero éste no se habría acompañado de modificaciones visibles. Es entonces cuando parece resultar necesario que transcurra algún tiempo, a lo largo del cual tendría lugar un proceso "elaborativo" posterapéutico que el paciente realizaría espontáneamente, catalizado por sus experiencias vitales. Lo aprendido en la terapia es confrontado e interactúa con dichas experiencias, las que suelen realimentar el proceso, permitiendo a veces la remoción de obstáculos y la consecución de logros. Ya vimos que todo esto puede reflejarse en los resultados del psicodiagnóstico realizado en esta etapa.

El *alcance o extensión* de las modificaciones clínicas favorables puede referirse a las distintas áreas de conducta en que se registran[8] y/o simplemente a los diferentes aspectos de la vida del paciente, tales como sexualidad, trabajo, estudio, uso del tiempo libre, etc. Modificaciones internas de distinta naturaleza, reveladas en los psicodiagnósticos, pueden por ejemplo dar lugar a cambios prospectivos en una o más áreas o actividades. Interesará además si los cambios registrados se mantienen o no y, en caso afirmativo, durante cuánto tiempo, o sea su *grado de estabilidad*. Ello es un índice muy valioso para evaluar la eficacia de estos procedimientos, aunque la perdurabilidad de los cambios, como sabemos, no solo ha de depender del tratamiento realizado sino también, entre otros hechos, de la mayor o menor influencia de los factores traumáticos que pudiesen afectar al paciente y promover una nueva descompensación. En lo que atañe al proceso terapéutico, la estabilidad de los cambios estará en relación con la

[8] Area 1 de la mente, 2 del cuerpo y 3 del mundo externo, de acuerdo con el esquema de Pichon-Rivière (5).

naturaleza de los mismos, es decir, con los mecanismos que los generaron y su correspondiente nivel de profundidad.

Las *recaídas*, traducidas en la reaparición de los síntomas o en la presencia de nuevas manifestaciones sintomatológicas, pueden deberse a que el conflicto subyacente ha sido reactivado por la acción de factores traumáticos. Estos hechos también son pasibles de ser investigados por medio del seguimiento,[9] al igual que la presencia de *nuevas situaciones conflictivas*, ante las cuales el terapeuta estará en condiciones de prevenir o auxiliar al paciente.

Por último, es posible encontrarse con *nuevos logros y cambios*, en cierto modo ajenos a las metas terapéuticas propuestas y frente a los que cabe indagar también acerca de sus mecanismos, alcances y estabilidad. Estos cambios pueden ser inherentes no solo a las condiciones de vida, sino también a la estructura de personalidad, hecho mejor detectado a través del psicodiagnóstico.

Problemas en la evaluación de resultados terapéuticos

Las dificultades para evaluar los resultados terapéuticos de los distintos procedimientos utilizados en psicoterapia son harto conocidas. La evaluación constituye una tarea compleja, ante todo porque no contamos hasta el momento con la posibilidad de realizar mediciones más objetivas. En parte debemos confiar en informaciones y apreciaciones subjetivas del paciente o de sus familiares, quienes por diversos motivos pueden distorsionar los hechos. Aunque en grado menor generalmente, también las impresiones del terapeuta están sujetas a las mismas vicisitudes. Sin embargo, éste debería siempre intentar una evaluación. Ha dicho Dewald: "Pese a las dificultades, imprecisiones y limitaciones, el desarrollo fundamental del terapeuta requiere que se haga una evaluación sincera, un autoexamen y crítica de sus resultados terapéuticos en cada paciente. Esto debería incluir no solo el juicio, *grosso modo*,

[9] Siempre será conveniente alertar al paciente sobre la posibilidad de reincidencia de los síntomas y recomendarle que consulte si ello sucede, pero agregando que, de reaparecer, estará mejor preparado para enfrentarlos y que tendrán, probablemente, menor intensidad.

acerca de cómo se ha producido el éxito o el fracaso, sino también acerca de sus posibles factores y razones" (1).

La evaluación de resultados terapéuticos en psicoterapia breve constituye un terreno abierto a la investigación, en el que es posible que el psicodiagnóstico pueda erigirse en un valioso instrumento, debido a que suministra una gran riqueza de datos, con la posibilidad de sistematización metodológica, y más que nada a que aporta un procedimiento de medición bastante preciso.

Se suscitan muchas polémicas alrededor de los criterios de mejoría que debieran imperar en cuanto a las terapias breves ¿Qué debemos entender por "mejoría" o por "resultado favorable" en estas terapias? Daré mi opinión al respecto: en psicoterapia breve de *insight*, la mejoría del paciente puede estar dada, a mi entender, por el logro de *una mayor comprensión psicológica (insight) y, en algún momento, un enfrentamiento más adecuado de algunos de los obstáculos correspondientes a su situación-problema, aunque persistan ciertos síntomas o dificultades menores.* Bastará esto para considerar un resultado como favorable. Pero ello no significa desdeñar la mejoría o curación sintomática, mucho menos en este tipo de tratamientos, aunque, como vimos, por sí sola no nos sirve de parámetro, ya que puede ser el producto de falsas soluciones (4), por lo que no es sinónimo de éxito terapéutico.

Se difunden numerosos y muy distintos esquemas de evaluación de resultados terapéuticos en psicoterapia breve, lo que quizá contribuya a crear mayor desconcierto en este campo. En realidad resulta difícil y se está aún lejos de poder unificar criterios y adoptar un sistema único. Pero en la práctica y sobre todo con fines estadísticos surge la necesidad de apelar a un código que sirva para calificar los resultados terapéuticos "finales" de cada tratamiento, suministrando así sintéticamente una idea global de los mismos. Por ello expondré a continuación el esquema que he ideado y utilizo, el cual, como es lógico suponer, parte de los ítems a los que anteriormente hice referencia. Lo que finalmente ha de contar es el juicio que el terapeuta desarrolle respecto de los resultados obtenidos en lo concerniente a cada uno de esos ítems, aun cuando difiera del juicio del paciente.

Cuando se trata de una terapia breve *predominantemente de insight*, tomaremos fundamentalmente en cuenta para su

evaluación los tres primeros puntos de la lista conocida, a saber: *insight* de la problemática focal (I.P.F.), resolución de la problemática focal (R.P.F.) y mejoría sintomática (M.S.). Los puntos restantes tienen una importancia secundaria. Este procedimiento ha de poseer mayor validez si es aplicado sobre la base de datos recogidos en seguimientos practicados después de haber transcurrido un lapso prudencial desde la finalización de la terapia, que de un modo convencional podemos fijar en dos años como mínimo. En consecuencia solo se considerarán resultados positivos en R.P.F., M.S. y los demás ítems si los cambios y mejorías se mantienen a lo largo de por lo menos veinticuatro meses, sin que se hayan registrado recaídas ni efectuado otros tratamientos psicoterapéuticos durante dicho lapso.

Cumplidas las condiciones descriptas, calificaremos los resultados logrados del siguiente modo:

a) En aquellos casos en que se registre un resultado positivo en I.P.F., acompañado de una resolución clínicamente completa o total de la problemática focal y de la desaparición o marcada atenuación de la sintomatología, el resultado final será considerado *muy favorable*. Paralelamente podrán existir o no modificaciones favorables en los otros ítems y eventualmente en la estructura de personalidad.

b) Cuando, a diferencia de lo descripto en a), R.P.F. es clínicamente incompleta o parcial, o solo dos de los tres ítems principales acusan resultados positivos (I.P.F. y R.P.F., clínicamente parcial, aun con persistencia o intensificación de ciertos síntomas, o bien por último I.P.F. y M.S.),[10] el resultado final se considerará *favorable*. Lo registrado en los restantes puntos, una vez más, no hará variar la calificación.

c) Cuando de los tres puntos solo I.P.F. es evaluado como positivo y mientras no se hayan exacerbado mayormente las manifestaciones sintomatológicas, corresponderá un resulta-

10 La combinación imposible es la de resultados positivos en R.P.F. y en M.S., con resultado negativo en I.P.F., puesto que no admitiremos como real, de acuerdo con lo dicho anteriormente, una resolución –sea clínicamente total o parcial– de la problemática central de la terapia sin que se base en el *insight* y los cambios sean en consecuencia comprensibles dinámicamente.

do *discreto*, independientemente de los resultados concernientes a los restantes puntos.

d) La categoría de *regular* significará que solo se lograron algunos beneficios en lo concerniente a M.S., por medio de distintos mecanismos no basados en el *insight*, como la sugestión, la catarsis, el efecto psicofarmacológico, etc. (exceptuando el de evitación de situaciones conflictivas), y/o cambios favorables en los otros ítems de importancia secundaria.

e) Cuando no se registre ninguna variante favorable o desfavorable en los distintos puntos, el resultado será *nulo*.

f) Si asistimos a un franco empeoramiento o agravación en la sintomatología, o bien a la atenuación o supresión sintomática por evitación (falsa solución), sin haberse logrado I.P.F. y por ende tampoco R.P.F., más allá de lo observado en los demás puntos, el resultado final será rotulado como *desfavorable*.

En definitiva, el significado de cada una de las categorías mencionadas puede resumirse esquemáticamente así:

Psicoterapia breve predominantemente de insight

Resultado final

Muy favorable:	I.P.F. ⊕[11] R.P.F. (total)⊕ + M.S.⊕
Favorable:	I.P.F. + R.P.F. (parcial)⊖ + M.S.⊕ o bien I.P.F.⊕ + M.S.⊕
Discreto:	I.P.F.⊕
Regular:	M.S.⊕ y/o resultados positivos en otros ítems de importancia secundaria
Nulo:	Sin variantes
Desfavorable:	Empeoramiento sintomatológico o falsa solución por evitación, sin variantes en I.P.F. y R.P.F.

[11] El signo ⊕ indica resultado positivo.

Resultaría interesante estudiar una forma de incorporación sistemática del psicodiagnóstico al procedimiento descripto.

En el caso de una psicoterapia breve basada en una técnica *de apoyo* cobrará importancia M.S., mientras que I.P.F. y R.P.F. directamente no se tomarán en cuenta. El resto de los ítems desempeñará una vez más cierto papel, aunque menor, para la determinación del resultado final. Como requisito para considerar válidos la mejoría sintomática y los cambios, también deberán mantenerse por lo menos dos años a partir de la fecha en que el tratamiento concluyó, sin que el paciente haya realizado durante ese tiempo nuevos tratamientos psicológicos.[12]

Los resultados finales en la terapia breve *de apoyo* podrán ser calificados con las mismas denominaciones aplicadas en la de *insight*. En este caso las significaciones serán las siguientes:

a) *Muy favorable*: Un resultado será *muy favorable* cuando se produzca la curación sintomática, acompañada de modificaciones beneficiosas en uno o más de los restantes aspectos considerados.

b) *Favorable*: Difiere del resultado muy favorable en que existe una atenuación de los síntomas en vez de su desaparición. También puede estar dado únicamente por la curación sintomática, no acompañada de otras variantes en los demás ítems.

c) *Discreto*: Solo hay atenuación de los síntomas.

d) *Regular*: Se registran solamente algunos beneficios en los puntos de importancia secundaria.

e) *Nulo*: Sin variantes.

f) *Desfavorable*: Empeoramiento sintomático, cualquiera que sea el resultado en los otros puntos.

Una última aclaración, válida para la evaluación en ambas formas de psicoterapia breve: cuando un resultado es dudoso en un ítem (Ej.: R.P.F. Resultado: ?) se considerará —a fin de establecer un resultado final– que no se obtuvo una respuesta positiva respecto al mismo.

[12] Generalmente la posibilidad de recidiva de la sintomatología es mayor en estas terapias que en las que son predominantemente de *insight*.

Referencias bibliográficas

1. Dewald, P. A., "Evaluación de la terapia", en P. A. Dewald, *Psicoterapia: un enfoque dinámico*, Toray, Barcelona, 1973, cap. XX.
2 Harrower, M., "Cómo ve el tratamiento breve un psicólogo clínico", en L. Wolberg y col., *Psicoterapia breve*, Gredos, Madrid, 1968, cap. X.
3. Kaplan, C., Curso para graduados de técnicas en psicoterapia breve. Organizado por la Soc. Arg. de Psicología Médica, Psicoanálisis y Medicina Psicosomática (Asoc. Méd. Arg.), Buenos Aires, 16 de junio de 1972.
4. Malan, D. H., *A Study of Brief Psychotherapy*, Tavistock, Londres, Charles Thomas, Springfield, Illinois, 1963. (Vers. cast.: *La psicoterapia breve*, Centro Editor de América Latina, Buenos Aires, 1974.)
5. Pichon-Rivière, E., citado por J. Bleger en *Psicología de la conducta*, EUDEBA, Buenos Aires, 1964, cap. II.
6. Usandivaras, R. J., "Problemas que plantea la investigación sobre psicoterapia breve", en *Coloquio Acta 1967: Psicoterapia Breve. Acta psiq. psicol. Amér. Lat.*, junio 1968, Buenos Aires, vol. XIV, n° 2.
7. White, R., *El yo y la realidad en la teoría psicoanalítica*, Paidós, Buenos Aires, 1973.
8. Wolff, L., Supervisiones de psicoterapias breves hospitalarias en pacientes adolescentes, para residentes municipales de tercer año de Psiquiatría. Servicio de Psicopatología e Higiene Mental del Hospital Municipal "J. M. Ramos Mejía", Buenos Aires, 1970-71.

12
INDICACIONES DE LA PSICOTERAPIA BREVE[1]

Prácticamente casi todas las personas, por más grave que sea su enfermedad, podrán recibir cierta ayuda terapéutica con el tratamiento focal, aun si es de duración limitada, mientras se apele con buen criterio, y según cada caso, a la técnica interpretativa y a la de fortalecimiento yoico. Esta postura, compartida por muchos, justifica su aplicación generalizada cuando median dificultades económicas, de distancia o por falta de tiempo que no hacen posible un tratamiento más intensivo y prolongado. La terapia de objetivos y tiempo limitado satisface entonces una necesidad asistencial, aunque esté lejos de ser en muchos casos la indicación más adecuada.

Claro esta que puede precisarse en qué circunstancias y con qué tipo de pacientes se podrán esperar los mejores resultados, incluso cuándo halla el método breve sus *indicaciones clínicas*, tanto en el medio institucional como en el consultorio privado.

Señalaré a continuación algunos *criterios de selección* de pacientes para el tratamiento focal con predominio de *insight*, que es el que en este sentido suele originar mayores dudas. La indicación o contraindicación clínica de esta terapia se desprende de la evaluación diagnóstica y pronóstica del paciente, dentro de la cual son elementos indicadores para su recomendación:

[1]Este trabajo fue presentado en el Primer Encuentro Argentino de Psicología Profunda (Buenos Aires, agosto de 1978).

a) *Padecer trastornos de iniciación reciente y aguda que motivan el tratamiento (o, como lo expresa Courtenay (2), atravesar un "momento propicio" en una enfermedad relativamente crónica).* Dentro de estas características se cuentan las situaciones críticas en las que el individuo se halla afectado por problemas de su realidad actual (accidente de trabajo, ruptura de pareja, etc.), dando lugar a un cuadro psicopatológico agudo (neurosis traumática, depresión reactiva, ataque histérico, etc.) o no necesariamente patológico, como puede ser el caso de una crisis vital (ingreso a la universidad, casamiento, etc.). Estas situaciones suelen, transitoriamente al menos, impedir la realización de un tratamiento analítico. Dijo Freud al respecto: "...el trabajo de análisis progresa mejor si las experiencias patógenas del paciente pertenecen al pasado, de modo que su yo pueda hallarse a una cierta distancia de ellas. En los estados de crisis aguda el psicoanálisis no puede utilizarse con ningún propósito. Todo el interés del yo está absorbido por la penosa realidad y se retira del análisis, que es un intento de penetrar bajo la superficie y descubrir las influencias del pasado" (4). Pero al mismo tiempo estas distintas situaciones demandan muchas veces urgente ayuda psicológica, por lo que como terapeutas no debemos desentendernos de ellas.[2] La terapéutica breve puede convertirse en un auxilio eficaz que permita al paciente sobrellevar mejor la situación sin graves consecuencias o incluso salir airoso de ella, ejerciendo asimismo una función preventiva.

También pueden incluirse aquí los casos en que el individuo debe prepararse para atravesar trances tales como una intervención quirúrgica, un parto, una migración, etc., los que representan importantes campos de aplicación de técnicas breves (la psicoprofilaxis quirúrgica [5] o la asistencia psicológica durante el embarazo para la elaboración de las ansiedades surgidas a lo largo del mismo [8]), a las cuales pueden adecuarse fácilmente, dada la lógica limitación de tiempo y objetivos terapéuticos que por la misma naturaleza de las situaciones se plantea, adquiriendo además esencialmente un carácter preventivo.

[2] Hay personas que solamente cuando atraviesan una crisis se deciden a acudir a la consulta (1). En lugar de rechazarlas y condenarlas a que se arreglen como puedan con esas dificultades actuales para que retornen solo cuando estén en condiciones de efectuar un análisis, cabe brindarles asistencia psiquiátrica. Paradójicamente, consideraremos propicia la ocasión para que tengan acceso a la psicoterapia. Ha sostenido Fenichel: "[...] las dificultades agudas de la vida constituyen el campo primero y principal para la prescripción de la psicoterapia breve" (3).

b) *Patología de carácter leve.* (Ejemplo: neurosis.) Afirma Main: "Los problemas principales deben estar predominantemente en el nivel genital, de persona total, y debe haber una ausencia relativa de expectativas primitivas, de necesidades de dependencia y de privaciones tempranas serias" (6). A su vez Courtenay se pronuncia de manera similar. Menciona también la levedad de la patología como un factor para un pronóstico favorable, señalando que es preferible un individuo con dificultades edípicas, es decir, de tres personas, a otro con problemas orales de dos o depresivos serios (2).

c) *Fuerza y plasticidad del yo, con funciones en buen estado.*

d) *Alto grado de motivación para el tratamiento.*

e) *Capacidad de insight.*

f) *Determinación y buena delimitación focal desde un comienzo* (7).

Considerar aisladamente el diagnóstico nosológico (neurosis obsesiva, histérica, caracteropatía esquizoide, etc.) —o cualquier otro factor— es, en suma, insuficiente para indicar o contraindicar una terapia breve, debiéndose atender en cada caso al total de la situación presentada por el paciente, en la que a los ya citados se agregan factores tales como la edad, condiciones socioeconómicas del paciente, sus resistencias a tratamientos intensivos y prolongados, etc. Szpilka y Knobel advierten sobre el error de guiarse casi exclusivamente por un diagnóstico nosológico para la indicación terapéutica y de que ésta recaiga en el tratamiento psicoanalítico cuando no están dadas en el paciente ciertas condiciones elementales para ello. Frente a estos hechos, expresan: "entendemos que no se está prescribiendo la terapia de elección para cada caso, como se hace en medicina en general, sino que lo que pretende es establecer una generalización que no considera realmente el diagnóstico ni toma en cuenta la realidad actual y circunstancial de cada paciente, sino que idealiza un método terapéutico, lo cual es siempre perjudicial para cualquier paciente tanto en psiquiatría como en medicina general". Y sintetizan dicha posición de esta manera: "La psicoterapia breve puede enton-

ces aplicarse no como una terapia sustitutiva del psicoanálisis, sino como indicación precisa, surgida del diagnóstico no de un cuadro nosológico, sino de una personalidad enferma en un marco socioeconómico y cultural determinado" (9).

El tratamiento breve puede erigirse en *la única experiencia terapéutica posible* en numerosos pacientes refractarios al psicoanálisis, que no están dispuestos a efectuar una terapia intensiva y prolongada que implique una sacrificada revisión de su vida y su personalidad (pero que en cambio llegan a manifestar cierto interés por lograr alivio de algunos de sus síntomas o de una situación conflictiva actual a través de una psicoterapia), limitaciones que a veces habrá que respetar, sin forzarlos a realizar un tratamiento analítico, pues la tentativa estará generalmente condenada al fracaso, con muchas posibilidades de terminar en deserción. Se trata entonces de adaptar siempre nuestra técnica psicoterapéutica al paciente y no al revés, antes de rotularlo como intratable. Puede ser tratable, pero con un método, encuadre y objetivos terapéuticos determinados que él pueda tolerar.

Otras veces la P.B. está indicada como *paso previo* —y *preparatorio*– a la realización de un tratamiento psicoanalítico.[3] Idéntica finalidad puede cumplir respecto de otros tratamientos, como por ejemplo la psicoterapia grupal prolongada.

[3] Es el caso de personas que, afrontando situaciones críticas, no están en ese momento en condiciones de efectuar un análisis. También el de pacientes con resistencias al análisis, que a continuación del tratamiento breve, una vez acrecentada su motivación para el *insight*, su confianza en la psicoterapia y habiendo logrado cobrar conciencia de enfermedad, pueden acceder al tratamiento analítico. La P.B ha combatido entonces con eficacia las resistencias Pero quisiera advertir aquí sobre la posibilidad contraria: que sea utilizada por el paciente como resistencia al tratamiento analítico. Actualmente la población está cada vez más enterada de la existencia de la P.B, interesándose a veces en ella, quizá más que nada porque esta denominación popular del procedimiento alude a una corta duración del tratamiento. De este modo el interés del paciente por la terapéutica breve puede sencillamente encubrir y estar al servicio de las resistencias al análisis. Esto fue lo sucedido en un par de casos que a modo de ejemplo pasaré a relatar. Se trata de pacientes que, en principio, empeñados en realizar una terapia de corto plazo, pudieron, mediante una labor previa de esclarecimiento de los particulares motivos que originaban su rechazo del tratamiento analítico –y siendo éste la indicación más adecuada en ambas ocasiones–, modificar su actitud y aceptar efectuarlo.

–Una joven de agradable aspecto me fue enviada expresamente por su interés en efectuar un tratamiento de breve duración. Llamaba la atención la insistencia con que desde un comienzo me proponía que la tratara durante un año a lo sumo. El motivo de consulta eran sus dificultades para constituir una pareja estable. Resultó que las parejas que había logrado formar no alcanzaban a mantenerse más de ...un año. Su madre se había casado dos veces y se había separado de sus maridos antes de cumplirse doce meses de matrimonio. El conflicto que traía a la paciente al tratamiento le impedía formar una pareja terapéutica con miras de perdurar: ese era el motivo inconsciente de su insistencia en la limitación temporal de la terapia. El obstáculo resistencial pudo ser vencido por medio de señalamientos e interpretaciones durante las entrevistas clínicas y la paciente aceptó finalmente someterse a un tratamiento analítico, el cual le creaba grandes temores y que por otra parte me parecía el más indicado por diversas causas, no habiendo razones valederas para limitar la duración de la psicoterapia. (Próxima a cumplir el primer año de análisis, tuvo una reacción de "fuga a la salud" que pudo luego elaborar y controlar.)

–Un paciente, vinculado al medio psicoanalítico, concurrió a mi consultorio solicitando efectuar una terapia de tiempo limitado. La averiguación de antecedentes reveló que tenía un hermano esquizofrénico que, según el paciente, se había psicotizado mientras se hallaba bajo tratamiento psicoanalítico. En realidad él no había ligado este hecho con su requerimiento de realizar exclusivamente una terapia de breve duración, el cual era racionalizado por medio de diversos argumentos. Al tomar conciencia de que rechazaba el análisis porque temía correr la misma suerte de su hermano, con quien mantenía una relación muy ambivalente, y quedar convencido de que necesitaba un tratamiento analítico, pudo iniciarlo poco después.

Una nueva circunstancia que cabe citar es la de la *aplicación postpsicoanalítica de la P.B.* Está destinada a pacientes que pudieron incluso haber sido dados de alta de un análisis exitoso y que consultan por la aparición —o reaparición— de una situación conflictiva o de un síntoma, no justificándose que se sometan a un reanálisis. Un tratamiento focal puede ser suficiente para solucionar el problema actual surgido, bastando a veces unas pocas entrevistas con su propio analista.[4]

En *personas de edad avanzada*, en las que se halla contraindicado el tratamiento psicoanalítico, la terapia focal

[4] Una joven de 21 años, analizada de los 12 a los 18 años (en que fue dada de alta) por un prestigioso colega, el cual se había radicado en el extranjero hacía un año, consultó por haber sufrido una reacción fóbica ante un examen que debía rendir en su facultad. Después de estudiar cuidadosamente el caso, no creí necesario que volviese al análisis (el que parecía haber arrojado, a juzgar por otros indicios, resultados sumamente satisfactorios), como tampoco oportuno desde el punto de vista evolutivo que retornara en ese momento a la situación de dependencia analítica. A su vez la paciente no se sentía suficientemente motivada para ello, al no presentar otras dificultades, salvo la ya enunciada. Pensé que la joven, poseedora de un yo fuerte, aptitudes y *training* para el *insight*, al tiempo que de un gran autoconocimiento obtenido con la experiencia analítica, podría superar sin demasiado esfuerzo el problema actual con una terapia interpretativa de objetivos limitados, que probablemente no habría de extenderse durante mucho tiempo y que, dada la ausencia de su analista, tendría que emprender con otro terapeuta.

puede encontrar una aplicación muy adecuada, porque permite trabajar sectorialmente incluso a través de una técnica interpretativa, respetar la estructura caracterológica del paciente a la par que sus conflictos difícilmente modificables y evitar de este modo movilizaciones afectivas innecesarias, excesivas y aun riesgosas. Abarca así otra área importante de la asistencia psiquiátrica.

La P.B. de *insight es menos eficaz*: en casos crónicos de psicosis, enfermedad psicosomática, psicopatías, perversiones, toxicomanías, estados fronterizos y caracteropatías graves (sobre todo si lo que se pretende es tratar estas patologías y no un conflicto circunscripto); en general cuando existen grandes debilidades yoicas, con relaciones objetales muy ambivalentes, dependientes o simbióticas, tendencias marcadas al *acting out* o escasa tolerancia a la ansiedad y a la frustración (véanse los capítulos 4, 8, 9 y 10); cuando hay escasa motivación para el tratamiento; cuando resulta dificultoso determinar y delimitar un foco, circunstancias en las que la indicación técnica más adecuada suele ser otro tipo de terapia, generalmente intensiva y prolongada (en estos casos es común encontrarse con trastornos graves de la personalidad, los conflictos están poco circunscriptos y afectan a casi todos los aspectos de la vida del sujeto) (véanse los capítulos 4, p. 84, y 10, p. 207).

En otra parte hemos considerado el problema que para la indicación de una terapia de *tiempo limitado* plantean los pacientes que registran duelos patológicos y/o recientes. de importancia, como por ejemplo los producidos por fallecimiento de seres queridos (véase el cap. 10, p. 208), pese a que cuando dichos duelos son los que motivan la consulta se está ante una condición aparentemente favorable para la indicación del tratamiento breve, esto es, la de un trastorno actual de comienzo reciente y agudo. Sucede que nos encontramos ante un yo momentáneamente debilitado, con una disminución de su capacidad para soportar el dolor y la frustración y poder enfrentar el nuevo duelo generado por la separación del terapeuta al terminar la terapia, el que puede reavivar traumáticamente la anterior pérdida. Un patético ejemplo de estas situaciones podría ser el prescribir descuidadamente a alguien con antecedentes de un aborto reciente una terapia de... tres meses de duración (período que se asigna muy a

menudo a estos tratamientos), lo que puede provocar una reactivación iatrogénica de la pérdida. Habrá que cuidar entonces, mientras sea posible, que en estos casos la duración de la psicoterapia no predisponga a estas reacciones, siendo en principio conveniente que no quede establecida de antemano.

Referencias bibliográficas

1. Bellak, L. y Small, L. , *Psicoterapia breve y de emergencia*, Pax-México, México 1969.
2. Courtenay-M., *Sexual Discord in Marriage*, Tavistock, Londres, 1968. Citada por L. Small, en *Psicoterapias breves*, Granica, Buenos Aires, 1972.
3. Fenichel, 0., "Brief psychotherapy", en H. Fenichel y D. Rapaport (comps.), *The Collected Papers of Otto Fenichel*, Norton, Nueva York, 1954. Citado por L. Small en *Psicoterapias breves*, Granica, Buenos Aires, 1972.
4. Freud, S., "Análisis terminable e interminable", en S. Freud, *O.C.*, Biblioteca Nueva, Madrid, 1968, t. III.
5. Glasserman, M. R., "La psicoprofilaxis quirúrgica: una técnica de prevención", *Acta psiq. psicol. Amer. Lat.*, Buenos Aires, set. 1969, vol. XV, n° 3.
6. Main, T. y otros, "Mesa redonda sobre psicoanálisis y psicoterapia", *Rev. de Psicoanálisis*, Buenos Aires, 1971, t. XXVIII, n° 1.
7. Malan, D. H., "A Study of Brief Psychotherapy", Tavistock, Londres, Charles Thomas, Springfield, Illinois, 1963. (Vers. cast.: *La psicoterapia breve*, Centro Editor de América Latina, Buenos Aires, 1974.)
8. Soifer, R., *Psicología del embarazo, parto y puerperio*, Kargieman, Buenos Aires, 1971.
9. Szpilka, J. I. y Knobel, M., "Acerca de la psicoterapia breve", en *Coloquio Acta 1967: Psicoterapia Breve, Acta psic. psicol. Amér. Lat.*, Buenos Aires, junio 1968, vol. XIV, n° 2.

13
DOS TRATAMIENTOS BREVES

Presentaré Aquí un par de casos que fueron tratados por medio de psicoterapia de objetivos y tiempo limitados. Ambos tratamientos han sido efectuados por mí en el Servicio de Psicopatología del Hospital Municipal "J. M. Ramos Mejía" en el año 1972 y forman parte de una investigación que allí realicé a lo largo de doce meses. El caso descripto en primer lugar ilustra con cierto detalle sobre distintos aspectos y momentos del procedimiento focal. El segundo constituye esencialmente un ejemplo de la labor de profundización en el foco.[1]

Ejemplificación del método psicoterapéutico de objetivos limitados

A., un hombre de 28 años, argentino, casado, electricista, con instrucción primaria completa, perteneciente a la clase media baja, consultó al Servicio por experimentar un *incremento de su ansiedad y depresión*, padecidas desde muchos años atrás de un modo casi permanente.

En realidad el recrudecimiento de su sintomatología coincidía con el nacimiento de su primer hijo, de dos meses de edad, hechos cuya conexión permanecía ignorada por A. al efectuar la consulta.

[1]La licenciada Flora M. de Frymer tuvo a su cargo los psicodiagnósticos correspondientes.

Ocasionalmente había pensado que no valía la pena seguir viviendo, aunque, con relación a la idea del suicidio, creía que nunca llegaría a "cometer una locura".

Se mostró además preocupado por las dificultades que tenía en su trabajo. Ganaba una suma de dinero insuficiente para afrontar los gastos correspondientes a los cuidados del bebé y tenía una mala relación con su patrón, con quien protagonizaba frecuentes discusiones. Su deseo era conseguir otro empleo.

Por último, se manifestó muy frustrado intelectualmente. Grandes temores e inhibiciones al cursar los estudios primarios le habían al parecer impedido continuar estudiando. Sentía un "miedo pavoroso" a una maestra a la que atribuyó un papel importante en esta cuestión. Hubiese deseado ser "un gran intelectual, capaz de analizar problemas sociales, políticos o psicológicos. En fin, una persona con muchos conocimientos". Se autodefinió como inseguro e indeciso.

Datos biográficos de interés (resumen)

Unico hijo de un matrimonio con grandes desavenencias. Sus padres dormían en la misma habitación, pero en camas separadas, mientras que A. dormía junto a su madre en el mismo lecho desde muy pequeño, hasta los once años, época en que ésta murió, víctima de una enfermedad infecciosa.

Había sido un niño tímido y algo triste. Vivía muy apegado a su madre y no recuerda haber tenido amigos. Su padre, empleado bancario, volvió a casarse un año después de haber enviudado y no tuvo hijos de su segundo matrimonio. Pronto A. se sentiría muy defraudado por su madrastra, en un principio aparentemente bondadosa con él, pero que luego según afirmó, se mostró abiertamente hostil, en contraste con el recuerdo que tenía de su madre, cariñosa y solícita.

La relación con su padre fue descripta como sumamente conflictiva. Lo definió como muy dominante, hosco y poco afectuoso. Le criticaba que, además de no estimularlo a proseguir los estudios, se opusiera a todo aquello que para él (el paciente) pudiese significar "un paso adelante" en su vida. En los últimos años su padre había contraído una grave enfermedad, aunque su estado general era bueno. Se visitaban muy esporádicamente.

Cuando A. contaba 18 años decidió alejarse de la casa paterna y se fue a vivir a una pensión. Allí permaneció hasta que, a los 25 años, se casó con una joven a la que había conocido un año antes y que describió como "muy sensible e inteligente", llevando con ella, a su parecer, una vida sexual medianamente satisfactoria (aunque luego admitirá que, sobre todo al comienzo, tuvo grandes dificultades, consistentes en episodios de impotencia y erecciones dificultosas y más adelante fantasías uxoricidas en pleno coito, las que habían reaparecido últimamente).

La actividad social de la pareja era intensa y gratificante.

Volviendo a su adolescencia, cabe señalar en ella su gran adhesión a la religión católica. En esos años todo lo concerniente a lo sexual adquiría para él carácter pecaminoso. Había tenido por ello serias dificultades para vincularse con las mujeres y fue su esposa la única con la que logró hacerlo. Sus primeras relaciones sexuales datan de su matrimonio.

En los últimos tiempos había seguido en dos ocasiones tratamientos psicoterapéuticos, al parecer de orientación dinámica, con terapeutas varones y que abandonó aduciendo inconvenientes económicos. Consideraba que los tratamientos habían tenido un saldo positivo. En el abandono del segundo de ellos admitió la influencia del tipo de relación que llegó a tener con su terapeuta: "Notaba gran afinidad con el médico. Me sentía respaldado. Eso me hizo *temer más la dependencia de él* y decidí dejar" . Revelaba así evidentes problemas, no solo en lo referente a situaciones de dependencia sino también ante la existencia de profundos temores a un acercamiento afectivo.

Evaluación diagnóstica

El *diagnóstico psiquiátrico-dinámico* fue el de una *neurosis obsesiva medianamente grave*, con componentes melancólicos y paranoides, en un carácter esencialmente anal. El paciente atravesaba una crisis con exacerbación de sus síntomas, que configuraba clínicamente una depresión ansiosa reactiva.

En cuanto a sus *condiciones yoicas*, pudieron apreciarse:

deficiencias marcadas en *la comprobación de la realidad*, esto es, una distorsión de la realidad producida por intensas proyecciones, hecho que confirmó el psicodiagnóstico (Rorschach, Bender, pareja).[2] Esta perturbación generaba en él dificultades en las distintas *relaciones interpersonales*, en especial con personas de autoridad, relaciones que eran muy ambivalentes y oscilaban entre la tendencia a la sumisión extrema y la rebelión patológica. Asimismo el psicodiagnóstico reveló con claridad una gran disposición a establecer vínculos de naturaleza simbiótica.

Presentaba también alteraciones en el *control de sus impulsos*, que se evidenciaban tanto en un exagerado control de la agresión a través de una formación reactiva (psicodiagnóstico) como en ocasionales aunque violentas descargas de ira; la *regulación de su autoestima* resultaba inadecuada, hallándose esta última francamente disminuida. Por último cabe mencionar que las *funciones básicas* (percepción, atención, memoria, etcétera) estaban menos alteradas.

No obstante todo lo mencionado, se pensó que el paciente poseía un yo suficientemente fuerte para soportar los sentimientos dolorosos provocados por la revelación de sus aspectos inconscientes, aunque se dudó del grado de tolerancia que tendría a la frustración que podría ocasionarle su separación del terapeuta al finalizar la terapia.

El *grado de motivación* para la psicoterapia y sus aptitudes para el *insight* se estimaron elevados. Tenía *conciencia de enfermedad* y su *nivel de inteligencia* podía considerarse medio.

El *foco* pudo ser delimitado desde un comienzo, optándose por centrar la labor terapéutica en la situación crítica creada en torno al nacimiento de su hijo. (Los detalles sobre la estructura del foco se describen más adelante.)

[2] De todos modos denotaba contar con un yo observador capaz de llegar a conscientizar "el falso enlace".

La hipótesis psicodinámica inicial

Tres entrevistas y la batería de tests suministrada permitieron formular lo siguiente: su madre, sobreprotectora y seductora, tomó a A. como sustituto libidinal de su esposo, haciéndolo en consecuencia víctima de una temprana e intensa estimulación sexual. Es particularmente importante el antecedente del colecho. Los efectos deletéreos de esta situación, de la que fueron responsables ambos progenitores, se tradujeron al parecer en el carácter asustadizo del niño, muy aferrado a su madre y de escaso y dificultoso contacto social, constituyendo un serio impedimento para una resolución adecuada del complejo edípico, al incrementar los deseos incestuosos y parricidas y la angustia de castración consiguiente. Los mecanismos de represión y sublimación se vieron muy interferidos (los graves conflictos escolares, con terror a la figura de la maestra, así parecen atestiguarlo). Habría acudido entonces, regresivamente, a defensas más primitivas, propias de la etapa sádico-anal (aislamiento, anulación, desplazamiento, formación reactiva) que fueron plasmando su estructura de personalidad. A la vez arrastró anhelos insatisfechos de dependencia oral, lo que se vio acrecentado ante la muerte de su madre.

La rivalidad edípica, muy intensificada en su adolescencia, hacía cada vez más tensa la relación con su padre, lo que llevó a abandonar el hogar paterno. Es la etapa en que surge su religiosidad, que puede concebirse en parte como una defensa ante la amenaza de castración, por medio del sometimiento al superyó paterno, representado por la figura de Dios; además se erigiría como una forma de control de sus impulsos sexuales y agresivos, vividos como prohibidos y peligrosos por su significado incestuoso y parricida. Por último la religión le permitiría satisfacer anhelos infantiles de dependencia y protección y la necesidad de castigo por sus intensos sentimientos de culpa.

Lo acompañaba un sentimiento de inferioridad, proveniente del hecho de percibirse poco potente sexual,[3] intelec-

[3] Hasta antes de casarse se imaginó que sería impotente y pensaba que su pene era en extremo pequeño.

tual y económicamente. El psicodiagnóstico reflejó esto a través de la presencia de la fantasía de haber sido castrado. Como Edipo, se sentiría culpable por los grandes delitos de la humanidad, consumados en su fantasía,[4] por los que debía sufrir severos castigos, los que simbólicamente representaban la castración: renunciar al placer sexual, resignarse a ver coartadas sus inquietudes intelectuales y laborales. Esta situación quedó expresada en una frase muy significativa del paciente: "Me angustia el tener muchas cosas buenas y no poder disfrutarlas, como sería el caso de una persona que le gusta mucho leer y consigue todos los libros del mundo, pero es ciega [...]" (recuérdese la ceguera de Edipo).

Sobre la base de lo expuesto resulta clara la influencia que en su problemática tenía el conflicto con la imago paterna; la intensa situación persecutoria intervenía en la génesis de su angustia, depresión e insomnio y de sus distintas limitaciones vitales, a la vez que en sus dificultades en las relaciones con su padre real y con representantes paternos, como su patrón y, más recientemente, su propio hijo. La enfermedad de su padre y el nacimiento de su hijo provocaban un incremento paranoico por sus deseos parricidas mal reprimidos,[5] y sus fantasías de haber consumado el incesto, burlando la prohibición superyoica.[6]

Se formularon las siguientes hipótesis pronósticas de las vicisitudes transferenciales durante el tratamiento: buscaba en el terapeuta un padre bueno, pero era dable esperar la repetición de una relación fuertemente ambivalente. Existía además el riesgo de que su temor inconsciente a un acercamiento afectivo —muy necesitado por él— al terapeuta, a

[4] El sentimiento de culpabilidad se exteriorizaba en el psicodiagnóstico en su sensación de estar "sucio".

[5] A. se mostró angustiado en las entrevistas por los sentimientos que le inspiraba su padre: "Si le largo encima todo lo que tengo para reprocharle, lo terminaría matando... tengo miedo a tener un ataque de rabia y decírselo todo...". A esto se sumaba la conducta de su progenitor, inoculadora de culpa, a través de repetidas frases como la siguiente, a menudo recordada por el paciente: "Qué malo sos hijo... vos me querés matar así...".

[6] Su padre había ido a conocer al bebé *varias semanas después* de su nacimiento (lo que motivó fuertes reproches de A. a su progenitor). Este hecho había sido vivido por el paciente como una expresión de desaprobación de su paternidad por parte de aquél.

través del que procuraría además satisfacer sus anhelos de dependencia, pudiera conducirlo a repetir la conducta de deserción del tratamiento.[7] Dicha conducta reconocía asimismo antecedentes en el abandono del hogar paterno cuando contaba 18 años.

El *foco terapéutico inicial* quedaba configurado en torno a los síntomas que aparecían como el *motivo manifiesto de consulta*: ansiedad, depresión e insomnio exacerbados. Ello se ligaba con lo que fue considerado como el principal *motivo latente*, esto es: ante el nacimiento de su hijo (que dicho sea de paso, se anticipó a los planes de la pareja), la búsqueda de una contención que lo pusiera a resguardo de sus tendencias hetero y autoagresivas. Ahondando en la comprensión del trance que A. atravesaba, se dedujo también que las ansiedades provocadas por esta crisis vital estaban vinculadas esencialmente a su vivencia dolorosa de exclusión,[8] su temor a que el hijo le "robara" a su esposa-madre, así como él en su fantasía había hecho tal cosa a su propio padre, y a impulsos filicidas provocados por su intensa envidia oral (un sueño suyo de esos días revelaba estos hechos claramente) y por su rivalidad edípica, con el temor consiguiente a la retaliación, todo lo cual constituía los *puntos de urgencia* a tener en cuenta al comenzar el tratamiento. Vemos entonces que esta *conflictiva focal* podía también remitir parcialmente al conflicto con la imago paterna (conflicto básico), la cual, transferida ahora a su hijo, generaba una situación persecutoria que se agregaba a todo lo ya mencionado respecto de la significación inconsciente de la enfermedad del padre y de otras consecuencias a que diera lugar el nacimiento del vástago. Por último cabía considerar su apremiante posición económica, que era un nuevo factor de incremento de su angustia y que lo enfrentaba más dramáticamente con la realidad dolorosa de las limitacio-

[7] El psicodiagnóstico reforzaba estas presunciones al poner en evidencia dificultades para vincularse con las personas por temor al surgimiento de ciertas fantasías, especialmente de carácter homosexual. Finalmente se pensó que dichas dificultades podrían también tener asidero en lo ocurrido con su madre, por lo que el ligarse estrechamente con alguien se veía perturbado frente al temor a exponerse a una nueva frustración, como la que había significado la pérdida de su progenitora.

[8] En el psicodiagnóstico se presentaban fantasías de adulterio de su mujer, que fueron atribuidas a esta situación.

nes producidas por su neurosis. Era también el hecho de ser consciente de ello lo que lo sumía en una gran depresión.[9]

Es de destacar la influencia favorable que tenía su esposa, quien lo alentaba a tratarse.

Sentimientos de envidia hacia su mujer por su maternidad fueron también detectados, aunque considerados de menor relevancia dentro del conjunto de problemas.

Las metas terapéuticas

Se pudo llegar a un convenio mínimo con el paciente acerca de los objetivos del tratamiento, después de haberle expuesto mi parecer sobre la naturaleza de sus trastornos (devolución diagnóstico-pronóstica). Dichos objetivos fueron:

1°) Lograr una mayor comprensión de los conflictos reactivados con el nacimiento de su hijo, procurando que pudiera adecuarse mejor a la nueva situación, en especial que consiguiera asumir mejor su paternidad.

2°) Obtener a la vez un alivio sintomático.

3°) A continuación, tratar de alcanzar la clarificación y alguna solución de sus problemas laborales.

4°) Como objetivo menos prioritario, brindarle ayuda en lo concerniente a sus estudios, tomando en cuenta su proyecto de continuarlos en un futuro cercano.

Pronóstico

De todos los factores que se consideraron, lo que permitió aventurar un buen pronóstico del tratamiento fue quizás el alto grado de motivación del paciente para la psicoterapia (disposición al esfuerzo en la tarea), aunado a su capacidad de autoobservación, su edad, el hecho de tratarse de un "momento propicio" para el abordaje psicoterapéutico en una enfermedad crónica (2), la inmediata determinación focal, el contar

[9] No obstante, el nacimiento del bebé podía verse al mismo tiempo como un hecho movilizador y estimulante que podía llevarlo a rescatar y desarrollar potencialidades yoicas, a partir precisamente del cual el paciente, necesitando mejorar su situación económica, solicitó ayuda terapéutica.

con una esposa cooperativa, una contratransferencia positiva (interés en ayudarlo, curiosidad ante su conflictiva) y suficiente y relativamente fácil comprensión de los psicodinamismos básicos de su problemática.

Entre los elementos pronósticos desfavorables se señalaron: la gravedad de la patología, que afectaba a casi todas las áreas de su vida, y muy especialmente el tipo de relaciones objetales que presentaba, lo cual hacía temer la aparición de complicaciones durante la terapia (en particular respecto de la finalización de ésta), que pudieran comprometer los resultados terapéuticos.

Planificación del tratamiento

Se decidió utilizar una *técnica predominantemente de insight*.

Las llamadas *interpretaciones "extratransferenciales"*, que estarían dirigidas de preferencia a sus relaciones con representantes paternos (hijo, patrón) y con el padre mismo, serían un instrumento importante de la terapia.

De particular utilidad podrían ser aquellas interpretaciones destinadas a mostrar las *vicisitudes intrapsíquicas* del conflicto, a fin de que tomara conciencia de la vigencia de una imago paterna superyoica muy severa, partiendo de la percepción, que él ya tenía, de una lucha interna que lo angustiaba y agobiaba ("como si me estuviera siempre peleando, discutiendo con alguien dentro de mí, que me dice que no voy a ser capaz de esto o de lo otro", había dicho A.).

De ser posible y conveniente, las interpretaciones llegarían a incluir parte de las *raíces infantiles del conflicto*, dado el cierto *training* de A. y el criterio prevaleciente en este caso acerca de la necesidad de proceder de este modo para lograr las metas propuestas.

Las llamadas *interpretaciones "transferenciales"* habrían de emplearse con más asiduidad que lo habitual en P.B., cumpliendo un papel decisivo para la demostración emocional de ciertos problemas con la figura paterna (en razón de lo cual resultaba oportuno que fuera tratado por un terapeuta hombre), pero se procuraría no fomentar con ello la neurosis transferencial. Estaban asimismo previstas ante la posible aparición de fenómenos transferenciales que llegasen a obstaculi-

zar abiertamente el proceso terapéutico (dichos fenómenos, en efecto, hubieron de presentarse durante el tratamiento). Por último se incluirían durante la etapa final del mismo en la tarea de ayudar al paciente a aceptar la separación, frente a la cual se esperaba que pudiesen además aflorar aspectos de la transferencia materna, a causa de la reactivación del duelo por la pérdida de su progenitora .

Se apelaría al uso flexible y selectivo de la regla de libre asociación.

En principio no se administrarían psicofármacos.

Se fijó una duración de 4 meses para la terapia, a razón de 2 sesiones semanales de treinta minutos cada una; mientras el estado del paciente lo permitiera, se reducirían a una por semana durante el último mes, como medio de ir facilitando la separación. Se establecieron también las fechas para las entrevistas de evaluación inmediata y realización del retest.

Con referencia a la *estrategia terapéutica*, se dispuso encarar inicialmente la *situación-problema* creada por su paternidad, atendiendo a los puntos de urgencia detectados. Se efectuaría una labor interpretativa con las debidas precauciones, considerando en todo momento la receptividad del paciente, utilizando al comienzo interpretaciones "de ensayo" (1) y observando su respuesta a las mismas. Si A. demostraba tener un *timing* rápido, sería factible ahondar progresivamente en la situación genética de la conflictiva focal. Las interpretaciones tenderían a hacerlo tomar conciencia de sus sentimientos de exclusión, envidia, celos y rivalidad con respecto al hijo, en parte como reedición de los conflictos con su padre en relación con el cariño materno, *pero sin conducirlo necesariamente* —salvo que los indicios de su grado de *insight* y tolerancia al dolor lo mostrasen como posible— *a enfrentarse con sus fantasías infantiles de consumar la relación incestuosa*, las que, como era evidente, no habían sido conscientizadas en los anteriores tratamientos. Se procuraría entonces revelar parcialmente el complejo edípico ante el paciente, sin desplegar todos sus componentes, considerándose que el hecho de que se tratara de una revelación incompleta no despojaría a la tarea de la cualidad de ser operativa en grado suficiente para alcanzar los fines terapéuticos propuestos. No resultaba posible indicar otra alternativa dadas las condiciones del encuadre y tratándose de algo que podría ser demasiado ansiógeno y despertar resistencias insalvables en el corto lapso que duraría el tratamiento, de modo que la posibilidad de una elaboración más profunda y en definitiva más completa quedaba reservada para otra ocasión, de ser factible un tratamiento prolongado.

Una vez logrado cierto *insight* y alivio de la situación crítica derivada del nacimiento del hijo, la labor se centraría sobre las dificultades encontradas en su trabajo, en la que se continuaría tratando los problemas que se le presentaban en sus relaciones interpersonales, en este caso con su patrón, como derivados del conflicto con la imago paterna. O sea que se pensó en mostrarle este conflicto básico que se evidenciaba ante representantes paternos (incluido el terapeuta) y con esto por qué se sentía desvalorizado y amenazado por ellos, surgiendo así "la interpretación central sobre la que habría de basarse todo el tratamiento", como diría Malan (8), que es característica de la técnica de "enfoque" y que muestra al paciente la *repetición*, en distintos contextos, de una situación conflictiva nuclear.

Se consideró que si, ante sus necesidades económicas, lograba mejorar sus ingresos, además del natural alivio podría elevar su autoestima, ya que se sentiría menos débil y más capaz de ejercer un rol de padre protector, a la vez que disminuiría su sentimiento de culpa, provocado por su hostilidad hacía el hijo. La consecuencia final sería el alivio de su depresión.

Por último, de ser posible, se encararían sus problemas en el área intelectual.

Las condiciones del vínculo terapéutico debían tender a aumentar constantemente su autoestima y estimular su iniciativa personal, a fin de lograr el establecimiento de un proceso prospectivo en el cual el paciente pudiese continuar por su cuenta luego de terminado el tratamiento.

Se prestaría particular atención, dedicándole por lo menos un tercio de la duración total de la terapia, al abordaje del problema de la separación, consecutiva a la finalización del tratamiento, dadas las características y la historia del paciente y teniéndose además en cuenta el incremento de los anhelos regresivos de dependencia ante el nacimiento de su hijo.

Por fuerza debía quedar sin ser mayormente tratado el duelo patológico por la muerte de su madre, por lo que de manera deliberada se evitaría la interpretación de material

relacionado con dicho duelo, pese a que se esperaba que en cierta medida la situación-problema implicara para A. revivir inconscientemente la pérdida de su progenitora, representada ahora por su esposa. (Si bien se lo consideraba en condiciones de enfrentarse con ciertos aspectos del complejo edípico, como sus deseos parricidas, y por extensión con la hostilidad hacia su hijo, todo esto se hallaba más próximo a la superficie consciente y parecía factible de ser manejado exitosamente en un encuadre de terapia breve. No ocurría lo mismo con lo atinente al mencionado duelo, frente al cual se lo notaba más defendido; pese a ser de decisiva importancia en la psicopatología del paciente, *su abordaje profundo no impresionaba como imprescindible para los fines inmediatos del tratamiento y hubiese resultado quizás imprudente*. Pero esto tampoco significaba que habría de ser dejado totalmente de lado.)

Evolución durante el tratamiento

Al menos en esta ocasión, la terapia transcurrió en gran parte de acuerdo con el plan terapéutico concebido.

El paciente asistía a todas las sesiones, casi siempre puntualmente. Su motivación para la tarea fue en aumento. A medida que se profundizaba en la conflictiva focal, iba logrando un *insight* progresivo.

Se utilizaron con provecho asociaciones libres, sobre todo a partir del material onírico aportado.

La focalización de la labor terapéutica en la crisis registró el surgimiento de fantasías filicidas conscientes acompañadas de intensos sentimientos de culpa. Pudo comprender que su hijo era vivido por él como si se tratara del padre rival.

La reanudación de las relaciones sexuales con su mujer pareció haber atenuado su hostilidad, aunque solo transitoriamente, ya que al poco tiempo comenzó a reñir con ella por nimiedades. Presentó luego típicas dudas obsesivas acerca de su amor por ella.

En relación con toda la problemática mencionada, surgieron en A. fantasías suicidas que lo angustiaron mucho. Tampoco esta vez se recurrió a las psicodrogas y en pocos días el trance pudo superarse relativamente por medio de una intensa labor interpretativa.

Al cabo del segundo mes de tratamiento se había logrado por fin cierto alivio sintomático, que a la vez coadyuvaba a colocar a su yo en mejores condiciones de rendimiento. Planeaba ahora continuar sus estudios y conseguir un nuevo empleo. Las relaciones con su mujer mejoraron. Se mostraba agradecido conmigo y más optimista.

Durante el tercer mes fue posible trabajar sobre el problema laboral: A. pudo darse cuenta de que reproducía con el patrón la relación con su padre. Necesitaba rebelarse contra su autoridad, aunque esperaba de él a la vez, inconsciente y neuróticamente, cariño paternal. La relación, muy conflictiva, parecía poco menos que insostenible, pero A. temía buscar otro trabajo, pues imaginaba que se burlarían de él, y según su "voz interior", lo despedirían "a patadas".

Surgieron obstáculos transferenciales en la tarea, por ubicar en mí con hostilidad la imago paterna, los que fueron sorteados con interpretaciones "transferenciales", progresando la terapia a buen ritmo. No obstante fue inevitable cierto grado de desarrollo de la neurosis de transferencia.

En la etapa final se presentaron las mayores dificultades —por lo que el número de sesiones semanales no pudo ser reducido— originadas precisamente por la inminente separación, vivida por A. como un abandono, lo que acrecentó su hostilidad transferencial (en su mayor parte no consciente) que creció hasta límites peligrosos para el futuro del tratamiento, demandando una ardua tarea interpretativa sobre este nuevo foco.[10] Ello permitió evitar otras reacciones desfavorables (recaídas, *acting out*, etc.). Pese a esta labor tendiente a ayudar al paciente a aceptar la separación, aspectos transferenciales no resueltos de carácter hostil parecieron haber influido en cierta medida en los resultados terapéuticos y en la autoevaluación de los mismos, a juzgar por algunas impresiones de A. al efectuarse ésta, como luego veremos. Sobre el tema cabe agregar que es probable que no se haya

[10] Al respecto, varios sueños y referencias traídos por el paciente en esta etapa ilustran sobre la situación, siendo los que figuran en el capítulo 9 (pp. 194 y 195). Sus relatos de abundante material onírico cuando se acercaba el final del tratamiento encerraban asimismo una intención de seducirme a fin de que lo retuviese, al aportarme un material que el suponía habría de satisfacerme e interesarme mucho.

insistido lo suficiente en señalar su rivalidad y envidia en su relación con el terapeuta, principalmente en lo intelectual y lo científico.

En las últimas sesiones comenzó a manifestar inesperadamente las preocupaciones que le provocaban ciertos pensamientos suyos relacionados con fantasías homosexuales. No se intentó ahondar en el material, considerándose inapropiado hacerlo en esta terapia y mucho más al final de la misma, ni se aludió a fantasías homosexuales en relación con el terapeuta, siendo en cambio interpretado como una resistencia a aceptar el desprendimiento, que obedecía a diversos motivos, entre los que se hallaban grandes ansiedades fóbicas ante el mismo, por lo que, en un intento de lograr que se aplazara la terminación del tratamiento, exhibía ahora un nuevo e interesante problema para lograr de mí que continuara tratándolo.

Evaluación de los resultados-terapéuticos

Algunos comentarios de A. sobre el tratamiento, apenas finalizado, fueron: "A veces me siento un poco desilusionado... nervioso... Descubrí que se debe a que el tratamiento se terminó... Pero estoy conforme con él, vi un montón de cosas. Me sirvió y puede seguir sirviéndome... Vi sobre todo ese padre terrible que llevo metido dentro de mí, que me frena en todo y a quien en realidad dirijo mi bronca cuando ataco a los demás. Esto es fundamental y lo tengo presente...".

Según mi criterio, que coincidió bastante con la autoevaluación del paciente, éste logró cierto *insight* de la problemática focal del tratamiento y un mejor manejo de la situación, que fue evaluado como resolución clínicamente parcial de dicha problemática con carácter provisional, ya que debía verificarse nuevamente en una evaluación mediata. Concretamente: cesaron las disputas con su mujer y logró aceptar mejor a su hijo, lo que le permitió disfrutar de su relación con él. Pero con respecto a su trabajo A. no apreciaba cambio alguno a partir del tratamiento. Sin embargo, pese a no haberse producido modificaciones sustanciales en su situación, consideré que había podido comprender mejor sus problemas con el patrón, mientras que su ahora mayor autovaloración lo ayudaría a encontrar otro empleo, lo cual

aparecía sin duda como lo más indicado, dado el deterioro que había alcanzado ya la relación con su patrón, y era un objetivo importante desde el punto de vista práctico, no siendo tomado como la búsqueda de una *falsa solución* (8) del problema por las razones expuestas.[11]

La mejoría sintomática fue muy acentuada.

Su autoestima, como ya dije, se había elevado.

Adquirió aun mayor conciencia de enfermedad, lo que significó un importante estímulo para que efectuase, cuando pudiese hacerlo, una psicoterapia prolongada, indicada ante su creciente interés por hallar una solución a sus perturbaciones caracterológicas.

En lo concerniente a sus estudios, se mostró entusiasmado con la idea de reanudarlos, lo que a la vez implicaba contar con cierto proyecto personal.

Su actividad sexual resultaba bastante adecuada y satisfactoria, al decir del paciente.

En sus relaciones con el resto de la gente, se esperaba que el fortalecimiento de su yo —por el *insight*— trajese aparejados cambios en la comprobación de la realidad, ya que él había advertido su tendencia dominante, esto es, la proyección de aspectos superyoicos (sobre todo en las personas con autoridad), responsable en no poca medida de estas dificultades .

Por último, disfrutaba mejor de su tiempo libre en compañía de su mujer; dado su resentimiento para con ella, antes había optado por eludirla.

El retest inmediato a la finalización del tratamiento no reveló modificaciones de importancia.

Al cabo de unos tres años volvimos a vernos para una *entrevista de seguimiento*. Meses después de haber terminado el tratamiento hospitalario, el paciente había comenzado a *psicoanalizarse* con una mujer, lo cual le había permitido, según afirmó, poder ver cómo y cuánto le había afectado la muerte de su madre. Se trató durante dos años y abandonó, alegando nuevamente dificultades económicas. La existencia

[11] Los hechos me darían poco después la razón: A. consiguió, por iniciativa personal, un nuevo empleo, semanas después de terminada su terapia, en el que, a casi tres años de este hecho (entrevista de seguimiento) continuaba trabajando, sin haber tenido grandes problemas en sus relaciones interpersonales y con una mejor retribución económica.

de este último tratamiento invalidó, como es de suponer, toda tentativa de evaluación mediata de los resultados de la terapia hospitalaria. Por ello a continuación solo he de consignar algunos hechos y comentarios del paciente que para los fines de esta presentación pueden resultar de interés.

1) Aparte de algunos progresos en sus relaciones con su mujer, su pequeño hijo y su padre, así como en sus estudios y en el estado de su autoestima (a los que carece de sentido referirme aquí, pues frente a la indudable influencia del tratamiento psicoanalítico, de ningún modo puedo atribuirlos al tratamiento hospitalario), me reveló que, *semanas después* de haber terminado el tratamiento conmigo, pudo conseguir otro empleo, con mejor remuneración que el anterior. Este logro sí podía vincularse eventualmente con la psicoterapia hospitalaria.

2) A menudo lo asaltaban ciertas dudas, que hubo de confesarme: ¿hasta qué punto lo logrado se debía al hecho de haberse tratado? ¿Con el correr del tiempo, no habría alcanzado de todos modos tales logros sin mediar tratamiento alguno? En definitiva ¿los tratamientos son realmente eficaces? (En otros momentos de la entrevista, en cambio, abundó en expresiones de agradecimiento hacia mí por lo que lo había ayudado.)

En mi opinión todo hacía suponer que ambos tratamientos habían resultado beneficiosos, y que gracias a ellos A. pudo superar en parte ciertas perturbaciones neuróticas crónicas y poner en marcha un proceso prospectivo que le permitiría desarrollar potencialidades. Me inclinaba entonces a considerar estas dudas suyas como obsesivas, producto de su ambivalencia afectiva y que, al menos en su relación conmigo, remitían a aspectos hostiles de la transferencia no resueltos, a los que ya me he referido anteriormente (su actitud despreciativa constituía además una defensa ante la pérdida del terapeuta, basada en una negación del dolor y de la dependencia del objeto).

3) Había también claras muestras de la persistencia de manifestaciones neuróticas y de sus trastornos de carácter. "Sigo con cierta tensión nerviosa —comentó—. Caramba, si todo me va bien... Sé que deben ser cosas profundas." Recientemente presentaba, según expresó, "alguna dificultad" para lograr el orgasmo, lo cual era previsible, teniendo en cuenta que había padecido varios episodios de impotencia y, naturalmente, yo no podía especificar si su trastorno era "alguna dificultad", como él decía, o algo más que eso. Por último había acudido a la entrevista con una larga lista de temas escritos por él, argumentando que temía olvidarse de muchas cosas que quería decirme.

Consideraciones finales

Este caso ilustra particularmente sobre los siguientes puntos:

1) *La importancia de la indagación exhaustiva de datos biográficos y del psicodiagnóstico en psicoterapia breve*, a fin de poder elaborar una amplia hipótesis psicodinámica inicial sobre cuya base tendrá lugar la planificación terapéutica. En este caso fueron de especial interés las averiguaciones concernientes a la constelación familiar, que permitieron prever ciertas peculiaridades de las transferencias paterna y materna durante la terapia. Se tuvo mucho en cuenta el antecedente de colecho, existente a lo largo de toda la infancia del paciente. El psicodiagnóstico aportó elementos de gran utilidad para el manejo terapéutico.

2) *La posibilidad de trabajar con buenas perspectivas pronósticas en terapias breves, aun con pacientes que presentan marcados trastornos de la personalidad y que son portadores de síntomas neuróticos crónicos.* Las razones fundamentales estriban en la existencia de un suficiente grado de motivación para el tratamiento, en la de aspectos yoicos capaces de concretar una alianza terapéutica y sobre todo en el hecho de fijar objetivos terapéuticos limitados y alcanzables. La finalidad, entonces, no es la reorganización de la estructura de personalidad ni la curación de la neurosis, metas que son patrimonio de otras terapias como el psicoanálisis. Por eso el pronóstico del tratamiento, en función de los objetivos, puede ser bueno aun en estos casos. Si a ello agregamos que la terapia contribuyó a aumentar la conciencia de enfermedad y la motivación en el paciente, lo que lo hizo estar mejor dispuesto a un nuevo tratamiento prolongado, al que acudió después, debemos concluir que el beneficio no ha sido escaso, pese

a la posibilidad de que por momentos la tarea terapéutica haya sucumbido a las defensas (intelectualización, etc.) del paciente, dando lugar en parte a un *seudo insight*.

3) *La oportunidad y el sentido de la utilización de interpretaciones "transferenciales" en terapias breves*, esto es, para diluir obstáculos transferenciales y también como muestra vivida de aspectos de la problemática principal del tratamiento, sin centrar con ello la labor en el análisis de la relación paciente-terapeuta.

4) *La necesidad —en ocasiones— de abordar conflictos básicos para lograr los resultados terapéuticos esperados*, aunque el abordaje se realice de un modo incompleto, soslayando determinados aspectos y niveles de esos conflictos, a partir de una evaluación cuidadosa no solo de lo que convendrá sino también de lo que no convendrá llevar a la conciencia del paciente por no poder ser suficientemente retomado y elaborado en el tratamiento .

5) *La necesidad de trabajar sobre el problema de la separación que se plantea ante la terminación del tratamiento*, problema que llega a configurar un nuevo foco terapéutico por sí mismo.

6) *La eventual aparición, en los estadios finales de la terapia focal, de material ajeno al foco, concerniente a otros síntomas o conflictos del paciente y aportados por éste con la intención, generalmente inconsciente, de lograr la prolongación del tratamiento y conservar así al terapeuta.*

El caso de la joven vomitadora de los lunes.[12] La profundización en el foco

J., de sexo femenino, 21 años, argentina, soltera, empleada en una boutique, con estudios secundarios completos y perteneciente a la clase media baja.

[12] Opté por denominar el caso de este modo, destacando así su principal síntoma. Resultó a la sazón uno de los casos más ilustrativos y polémicos de mi experiencia hospitalaria y quizás el que registró los mejores resultados terapéuticos.

Los motivos de la consulta

Se trata de una bonita joven que consultó al Servicio acompañada de su madre, y que fue derivada por un médico clínico del hospital a raíz de presentar *vómitos* todos los lunes en horas de la mañana, habiéndose descartado previamente —por medio de exhaustivos estudios— que tuviese alguna afección orgánica. En ocasiones se irritaba y llegaba a experimentar "crisis de nervios".

En realidad padecía de náuseas y vómitos desde los 12 años, edad en que tuvo la menarca. En los últimos tiempos se producían especialmente los días lunes por la mañana.

Demostraba cierto interés en conocer el porqué de la existencia de estos síntomas, pero no parecía muy preocupada por mejorar. Una averiguación cuidadosa permitió comprobar que la paciente obtenía claros beneficios secundarios de su padecimiento los lunes, a causa de su malestar, no concurría a su empleo, donde le justificaban su inasistencia, y esos días recibía cuidados y atenciones, en especial de su madre, asumiendo a la vez una conducta francamente regresiva

Unos meses atrás los vómitos habían sido muy abundantes. A causa de ello se deshidrató y fue necesario administrarle sueros. Cabe destacar que estos síntomas aparecían también al verse con jóvenes que pudieran ejercer cierta atracción sexual sobre ella. En más de una ocasión vomitó en su presencia e incluso sobre ellos. "Les vomito encima... Parece que les tuviese miedo...", expresó. J. tenía entonces la impresión de que esto le sucedía "por ser cobarde, por temor a seguir adelante con ellos y sobre todo por temor al sexo...", revelando al respecto cierta preocupación, dadas sus dificultades para establecer una relación de pareja.

Un antecedente reciente de importancia era la ruptura de una relación de pareja (*situación-problema*). Este hecho derivó en una exacerbación de sus náuseas y vómitos y le causó cierto grado de depresión. Había mantenido relaciones sexuales con él.

Datos biográficos de interés

Con referencia a los *antecedentes familiares*, es de mencionar que J. provenía de una familia modesta, integrada por su

padre, de 61 años, que se desempeñaba como sereno, y su madre, de 55; vivían los tres juntos y la unía a ellos un gran cariño. En cuanto a su madre, oriunda de un país europeo, estaba casada en segundas nupcias con su padre. De su primer matrimonio, en el que enviudó, había tenido una hija, que residía en Buenos Aires y estaba casada, y un hijo que murió trágicamente durante la Segunda Guerra Mundial. De su segundo matrimonio nacieron –en la Argentina– J. y un hijo varón, el cual también falleció a la edad de 15 años, cuando la paciente contaba 8 años. Según el relato de ésta, proveniente en parte de ciertas versiones que recogiera, el muchacho había concurrido un viernes a un balneario con una pareja de adolescentes. Allí murió ahogado. J. señaló que su hermano habría lanzado desesperados gritos en pedido de auxilio y que el joven y la muchacha que lo acompañaban no quisieron acudir en su ayuda pues se hallaban entregados a juegos sexuales. En este aspecto resultaba difícil verificar qué había sucedido realmente, pues daba la impresión de que J., además de no haber presenciado el trágico suceso, podía distorsionar bastante los hechos con sus propias fantasías.

Sobre la base del hallazgo de estos antecedentes se podía comprender cómo la conducta regresiva de la paciente, "necesitada de estima", se veía favorecida por la actitud de la madre, que había sufrido tres grandes pérdidas y que, a consecuencia de ello, se había vuelto ansiosa y sobreprotectora.[13]

De los *antecedentes personales* interesa consignar aquí algunos otros referentes a su sexualidad. J. nunca había experimentado orgasmos y durante el coito se sentía avergonzada y culpable. ("Sentía que lo que hacía era una porquería, algo *sucio*...", comentó).

Temía no poder tener hijos, lo cual la inquietaba sobremanera. En una oportunidad tuvo un falso embarazo, con amenorrea de tres meses y aumento de volumen en abdomen y senos.

[13] Recomendamos a la madre de J. que efectuara una psicoterapia, pero opuso muchas trabas para su realización.

Evaluación diagnóstica

A través de los datos obtenidos en las entrevistas y de los tests psicológicos se llegó al diagnóstico de *histeria de conversión* en una personalidad que mostraba los rasgos típicos del carácter correspondiente (necesidad de ser el centro de atención, seducción, tendencia a la teatralización, ensoñación, etcétera).

El *psicodiagnóstico* mostró principalmente elementos de la serie histérica. Además reveló trastornos en la identidad sexual y marcadas tendencias homosexuales latentes.

Otros datos diagnósticos se mencionan al hacer referencia al pronóstico del tratamiento.

La hipótesis psicodinámica inicial. Conflictiva focal

Los hallazgos recogidos permitieron esbozar *una formulación psicodinámica temprana* y provisional, que durante el tratamiento habría de ser ratificada y ampliada y que incluía una hipótesis acerca de la conflictiva focal, a la cual he de remitirme seguidamente.

Sin duda que *la ruptura de su relación de pareja* —por decisión de su compañero— había obrado en J. como un factor traumático que incrementó su sintomatología, como expresión de la reactivación de antiguos conflictos. Los vómitos podían estar vinculados a sus frustrados *deseos de embarazarse*, si tenemos en cuenta: a) que son comunes en las gestantes, b) su obsesionante temor de ser estéril y c) su embarazo psicógeno. A la vez se relacionarían con *deseos orales reprimidos*, sobre todo de *fellatio*, a juzgar por sus comentarios acerca de estas prácticas sexuales por parte de amigas suyas que le contaban sus experiencias, con las que estaba enérgicamente –reactivamente— en desacuerdo, y por sus propios sueños en los que aparecía ella misma siendo objeto de *cunnilinguae*; los vómitos podrían significar básicamente el rechazo de sus deseos de incorporación oral del pene. El hecho de que se manifestaran preferentemente los lunes se explicaría por la intensificación de sus fantasías sexuales durante los fines de semana y/o inmediatamente después, por ser los días más propicios para los encuentros con fines sexuales.

Era entonces muy ostensible una fijación oral de la libido

(existía además el antecedente de haber sido alimentada con mamadera hasta los seis años).

Atendiendo a la repercusión de los vómitos sobre su ambiente, resultaba claro que los mismos se asociaban a una acentuada tendencia regresiva. Tenía con su madre un vínculo simbiótico. Esto se revelaba en la presencia constante de su progenitora, que la acompañaba desde las primeras entrevistas. La paciente negaba sus anhelos regresivos y sostenía que era su madre quien se empeñaba en no dejarla sola, temerosa de lo que pudiera sucederle.

Los vómitos le permitían además faltar a su trabajo, eludiendo responsabilidades y refugiándose en la fantasía regresiva.

Por otra parte se detectaron fantasías *homosexuales* relacionadas con la figura materna.

En síntesis: *la pérdida de su pareja* habría exacerbado aun más sus deseos insatisfechos y con ello sus vómitos; ante la frustración la paciente buscó consuelo y refugio en su madre a través de una regresión oral.

Metas terapéuticas

Por orden de prioridad y de común acuerdo con la paciente, se establecieron los siguientes objetivos terapéuticos:

1. Lograr el alivio o la curación sintomática.
2. Clarificar el *conflicto actual* (significación de la ruptura con su pareja y de sus síntomas).
3. Conseguir una mejoría en sus vínculos interpersonales (atendiendo especialmente a sus deseos de formar pareja).

Pronóstico

Se consideró que la paciente era apta para obtener beneficios de una psicoterapia interpretativa de tiempo y objetivos limitados, ya que presentaba un yo relativamente fuerte, con sus funciones conservadas en gran parte. A ello se agregaba que nos encontrábamos ante una persona joven, medianamente inteligente, motivada, gracias al "momento propicio" que atravesaba (2) para realizar una psicoterapia, con cierta capacidad de autoobservación.[14] Por último la posibilidad de determinar un foco y objetivos claros fue otro elemento que permitió alentar un buen pronóstico.

Planificación del tratamiento

Se estimó conveniente apelar a señalamientos e interpretaciones —sobre todo "extratransferenciales"— para operar sobre la conflictiva central del tratamiento. En un comienzo se efectuarían interpretaciones "de ensayo" (1) para apreciar en qué grado las aceptaría la paciente. Luego, de ser posible, se realizaría una labor de interpretación activa pero a la vez cautelosa del conflicto.

Se tuvo en cuenta la posibilidad de apelar a la utilización selectiva del método de asociación libre.

La duración del tratamiento fue fijada en tres meses, a razón de dos sesiones semanales de treinta minutos cada una.

En cuanto a la *estrategia terapéutica*, se pensó que un primer avance lo daría el lograr que J. pudiese reconocer la conexión entre sus síntomas conversivos y su vida emocional. Posteriormente sería quizá factible ahondar más en los psicodinamismos subyacentes a los síntomas, es decir, profundizar en el foco.

Se consideró que no era conveniente intentar el abordaje e interpretación de sus tendencias homosexuales latentes en una psicoterapia de tiempo limitado .

La tarea terapéutica se centraría en investigar la relación entre los síntomas aludidos y sus inhibiciones sexuales (dificultades para formar pareja; frigidez).

La parte final del tratamiento debía incluir, como siempre, una labor relacionada con las ansiedades provocadas por la separación.

[14] Demostraría luego una gran facilidad para aportar material focal y adecuado para la exploración profunda.

Evolución durante el tratamiento

Luego de las primeras sesiones, en las que evidenció una intensa resistencia, J. se volvió más receptiva y comenzó a mostrar cierta capacidad de *insight*.

Se reveló la decisiva influencia de la muerte del hermano en su padecimiento. A menudo tenía pesadillas cuyo contenido se vinculaba al suceso en el que aquél había perdido la vida (eran frecuentes sus sueños acerca de inundaciones). Cabía inferir, en especial del análisis de sus sueños, que la repulsa de su sexualidad respondía en parte a una identificación con la joven que, según ella, no había auxiliado a su hermano, entregándose en cambio a juegos sexuales. La unión sexual quedaba así ligada muy intensamente en su inconsciente a la muerte de un tercero —como lo evidenció con claridad otro sueño suyo– adquiriendo para la paciente una significación agresiva intensa y en consecuencia muy persecutoria, por lo que se veía obligada a rechazar sus impulsos sexuales y por ello a sus eventuales parejas, sobre todo mediante los vómitos. En realidad la escena de la muerte de su hermano encubría el complejo edípico, con predominio del negativo, es decir de sus deseos homosexuales y, simultáneamente, de sus deseos parricidas. El tercero, su hermano, representaba a la vez a su padre. Pero además, para su amor homosexual posesivo con la madre, la muerte de su hermano venía a sumarse al relato hecho por ésta de que habían fallecido su primer marido y su primer hijo, lo cual reforzaba las fantasías omnipotentes de J. de aniquilar a todo hombre rival. Al respecto J. recordó algo muy importante que relató como sigue: "Yo estaba en el cine con mamá, *disfrutábamos*[15] juntas la función, cuando nos vinieron a avisar que había muerto mi hermano". Comprendí que esta situación revelada por J., cargada eróticamente, había facilitado además la ya mencionada identificación, de características sádicas, con aquella joven. Se pensó que quizá no fuera necesario –ni prudente–llegar a enfrentar a la paciente con estos aspectos de su edipo para lograr los objetivos propuestos.

[15] Puede considerarse esta palabra como *palabra-síntoma* que expresaba un doble juego de sentimientos de la paciente: no solo se trataba del placer que sentía por estar junto a su madre, sino probablemente también del goce sádico por haberse librado definitivamente de un rival de toda su vida (6).

J. padecía intensos sentimientos de culpa ante la pérdida de su hermano: se hacía reproches todavía, por sus ocultos deseos de librarse de él, como si lo hubiese abandonado al ocurrir la tragedia; se mortificaba pensando que debía haber hecho algo para salvarlo. En realidad había tenido una relación muy ambivalente con él, dada su rivalidad por conquistar las preferencias de sus padres, en especial de su progenitora. Ahora la tenía casi para ella sola. Estos aspectos de su duelo fueron mostrados a la paciente.

Existía una intensa idealización de la figura del hermano, como intento de aplacar al perseguidor, en el que había proyectado su propio sadismo. Decía, por ejemplo: "El era mejor como persona y como hijo y podía haber dado más satisfacciones que yo".

Durante el tratamiento se puso de manifiesto que los deseos de tener un hijo se relacionaban con un anhelo reparatorio inconsciente hacia su hermano. Comentaba, entre otras cosas, que solo deseaba tener un varoncito y que no podía explicarse el porqué. Este hallazgo significó una nueva profundización en la comprensión focal. La pérdida de su pareja, sobrevalorada, implicaba al mismo tiempo la de sus posibilidades de reparación al verse impedida de procrear.

A esta altura, en síntesis, pudo precisarse e interpretársele que sus vómitos estaban relacionados principalmente con:

a) Fantasías inconscientes de embarazo en las que al deseo de poseer un niño como sustituto del pene, se agregaba un intento reparatorio en relación con la muerte de su hermano. Su hijo constituiría además una ofrenda a su madre, como si con ella quisiera expresarle: "Aquí tienes un varón a cambio del que yo te he matado". La aparición de los vómitos coincidiendo con la menarca podría explicarse probablemente por la influencia de esta última —como estímulo, al significar la posibilidad biológica de procrear.

b) Fuertes deseos oral-sádicos (fantasías de *fellatio*) reprimidos. Los vómitos significaban a la vez la repulsa de esos deseos y el castigo por los mismos.[16]

[16] De acuerdo con el psicodiagnóstico, esto se relacionaba con fantasías de introyección ambivalente del objeto perdido (hermano), especialmente de su pene, y se hallaba ligado asimismo con una tentativa reparatoria maníaca frente a la pérdida, queriendo aparecer ella como si fuera su hermano, ante su madre, a

c) La búsqueda de la satisfacción de deseos ligados con otras pulsiones parciales. La paciente había logrado que toda vez que tuviese vómitos le aplicaran inyecciones —en la nalga— de un tranquilizante. Los vómitos cedían casi al instante de recibir la inyección (sugestión), lo cual se vinculaba al deseo de tener un coito anal, viviendo inconscientemente esta situación como una violación. Al respecto existía el antecedente de haber sido intervenida quirúrgicamente años atrás a causa de una supuesta apendicitis que no fue tal, ya que los cirujanos, durante la operación, no encontraron alteración alguna en el apéndice ni en ningún otro sitio. Habría así satisfecho su masoquismo erógeno.

d) La obtención de claros beneficios secundarios, lo que afirmaba aun más sus síntomas.

e) La necesidad de provocar rechazo en sus pretendientes por cuanto experimentaba sus propios deseos sexuales como prohibidos y peligrosos.

J. relató fantasías y sueños durante el tratamiento, lo que resultó muy útil para la comprensión de su problemática, de la que fue logrando un *insight* progresivo.

Comenzó por tomar conciencia de la relación entre sus vómitos y sus fantasías, aceptando que éstas influían en la

---

través de una identificación con él. Resultó precisamente llamativo que J. comenzara a vestirse con un atuendo masculinoide, siguiendo una moda no demasiado difundida. Así ataviada asistió a varias sesiones. La interpretación activa de estos contenidos no fue seguida de una respuesta confirmatoria inmediata en ella.

Tanto los deseos de *fellatio* de la paciente como los de embarazo remitían a su *complejo de castración* (en el cual no se ahondó demasiado durante la terapia). Es interesante recordar aquí uno de los sentidos que E. Jones le asigna a la envidia del pene. Para él la misma puede traducirse en "el deseo de adquirir un pene, habitualmente engulléndolo y reteniéndolo dentro del cuerpo, a menudo transformándolo en un niño" (7), lo que nos sugiere la existencia de una conexión directa entre los deseos de *fellatio* y embarazo de J.

Por otra parte no llegué a dilucidar e interpretar los conflictos correspondientes a los *aspectos libidinosos* de la relación con su hermano. En este sentido la pérdida de su compañero reactivaba la de aquél. Además, subyaciendo a los vómitos, y dado también un intenso anhelo de recuperar el objeto perdido (pene incestuoso), existían, al parecer, fantasías de coitos fraternos (y, más profundamente, paternos) con las que intentaba satisfacer dicho anhelo, en las que la boca reemplazaba por desplazamiento a la vagina. Pero debido a su carácter incestuoso, y como autocastigo, terminaba expulsándolo, dando así lugar al síntoma.

producción de los síntomas (había dicho que con frecuencia vivía en parte como ciertas sus propias ensoñaciones diurnas: "Cuando miento, yo misma creo en mis mentiras. Por ejemplo, imagino que salgo con un muchacho y lo cuento como cierto... Tengo mucha imaginación"). Reconoció entonces sus deseos de embarazo (había además otra prueba fehaciente para demostrar a J. el poder de sus fantasías: el embarazo psicogénico). De allí vimos que debía refugiarse en la fantasía omnipotente de embarazo ante la pérdida de su relación de pareja y de sus ilusiones con ella ligadas. También en esta fase de la terapia se le señalaron sus tendencias opuestas de dependencia e independencia con respecto a la figura materna.

A veces, un tanto intempestivamente, J. se tornaba reacia y hasta hostil. Para vencer estas resistencias fue necesario utilizar interpretaciones "transferenciales", a fin de que pudiera reconocer la existencia de una situación persecutoria en la relación terapéutica. La transferencia hostil estaba ligada con sus sentimientos de envidia fálica, tal como lo atestiguaban los tests proyectivos, sentimientos acrecentados por la existencia de una imagen supervalorada de su hermano en el seno familiar; también era importante como factor generador de resistencias su resentimiento por tener que revelarme los secretos de su sexualidad, lo que fue interpretado.

La evolución de sus síntomas fue muy favorable. La intensidad de las náuseas y los vómitos disminuyó con rapidez a poco de iniciado el tratamiento y prácticamente al completarse el primer mes estos síntomas, ante el asombro de la paciente, cedieron, lo que me hizo pensar que pudiese ser por un efecto de sugestión (cura transferencial). No fue necesario recurrir a medicación alguna.

En el segundo mes de tratamiento el hecho más notable fue la desaparición de las náuseas y vómitos histéricos, presuntamente sustituidos por la aparición —un día lunes— de un orzuelo.[17] Al pedirle asociaciones sobre éste, me respondió que

[17] Fuese o no este padecimiento sustitución del anterior, había de todos modos una movilización de un síntoma crónico, lo cual es, en general, un indicio favorable en el curso de un tratamiento.

Además, sin duda, los trastornos y perjuicios que le acarreó este nuevo padecimiento eran en cambio mucho menores que los que le ocasionaban sus vómitos. Esto sugería también que J. era capaz de evidenciar progresos y no necesariamente que el esfuerzo terapéutico fuese infructuoso (9).

debía ser la consecuencia de haberse introducido “los dedos sucios o una lapicera en el ojo”. Agregó que le parecía muy extraño que, a cambio de sus vómitos, tuviese que sufrir ese lunes de un doloroso orzuelo. Pudimos ver que la significación inconsciente de estos pensamientos era la siguiente: el orzuelo se hallaba asociado a fantasías de coitos, sobre todo anales, de carácter prohibido para la paciente (alusión a lo sexual como algo “sucio”, particularmente a la analidad, a través de su referencia a sus dedos sucios; los dedos y la lapicera eran símbolos fálicos y penetraban en un orificio representado por el orificio orbitario; el ojo tenía aquí esencialmente un significado anal inconsciente). El orzuelo aparecía entonces por desplazamiento y como síntoma sustitutivo de sus náuseas y vómitos, con idéntico significado que estos síntomas, esto es, como una nueva expresión en el área del cuerpo de sus fantasías de embarazo. Es decir: la fantasía de la paciente de la génesis del orzuelo representaba la unión sexual, y el orzuelo, prominente, el embarazo mismo, consecuencia de lo anterior. En la sesión J. asoció la sustitución de las náuseas y los vómitos por el orzuelo con las manifestaciones de un embarazo (el orzuelo como bulto), comprobando así su tendencia a expresar sus fantasías a través de trastornos corporales.[18]

Solo en dos ocasiones —ambas en día lunes– reapareció durante el tratamiento su sintomatología habitual, aunque muy atenuada, pues se redujo a un estado nauseoso. Esto sucedió: 1°) Cuando el día anterior (siempre le preguntaba, ejerciendo un papel activo, acerca de lo que había acontecido durante el fin de semana) la visitó en su casa un *ex novio suyo*, ahora en calidad de amigo, *con su esposa y su hijo*, un bebé de pocos meses, y 2°) al día siguiente de un domingo en que concurrió al cine *con su madre* —dicho sea de paso, este hecho quedaba asociado a la muerte de su hermano, por lo visto anteriormente—. Me contó después la fuerte impresión que le habían producido ciertas escenas del film. En éste, “Los perros

[18] Cabe agregar que el día anterior (domingo) J. salió de paseo con una pareja de novios, lo que había obrado como estímulo. Al parecer J. ligaba también inconscientemente el orzuelo con deseos escoptofílicos, y su carácter doloroso con el castigo frente a dichos deseos, lo que no fue interpretado. Esto no sorprendió mayormente, ya que en ella estaba muy acentuado el par voyeurismo-exhibicionismo (seguía estudios de modelo publicitaria).

de paja”, tal el título en castellano —una película que incluye escenas de mucha violencia–, una joven, de rasgos histéricos, provoca sexualmente a un grupo de hombres que finalmente la hacen objeto de una brutal violación, uno de ellos por vía anal. Ya durante la proyección de la película J. había comenzado a padecer un estado nauseoso. Estos hechos fueron muy útiles para mostrarle nuevamente cómo sus náuseas y vómitos se relacionaban con sus deseos sexuales reprimidos, que habían sido estimulados en esas circunstancias. Pudo aceptar que sus síntomas expresaban su sentimiento reactivo de repugnancia por dichos deseos y al mismo tiempo la búsqueda inconsciente de su satisfacción (inyecciones).

Desde la mitad del segundo mes y hasta el final del tratamiento se abordaron especialmente:

1. *La relación entre sus deseos de embarazo y el duelo patológico por la muerte de su hermano*, a lo largo de sesiones que tuvieron en ella y en mí profunda repercusión emocional.

En sus pesadillas aparecía a menudo su hermana ahogándose. Ella presenciaba la escena sin poder evitarlo. En realidad la hermana la representaba a ella misma, temerosa de sufrir retaliativamente el castigo por sus deseos de muerte hacia el hermano.[19]

La delicada y difícil tarea de encarar este problema de la paciente se efectuó tratando de señalar, en el breve lapso en que debía llevarse a cabo, no solo sus impulsos agresivos y su envidia fálica para con su hermano, sino también, de un *modo paralelo y constante*, la existencia de sentimientos cariñosos y de sus auténticos deseos reparatorios. Convencido de que la elaboración del duelo permanecería inconclusa, procuré atenuar las ansiedades persecutorias y la regresión consiguiente, derivadas de la movilización afectiva ocasionada, a través del hecho de no descuidar *mencionar siempre el componente de amor*, siguiendo en esto a Szpilka y Knobel cuando sugieren que las intervenciones en psicoterapia breve no vayan dirigidas a mostrar “uno solo de los aspectos de la personalidad sino varios de los aspectos en juego” (10). Este es uno de los medios de manejar la regresión.

[19] Una interesante condensación se dio en una pesadilla en la cual veía a su hermana embarazada y ahogandose en el mar.

2. *Sus dificultades en las relaciones interpersonales.* Comenzó a verse con jóvenes, sin tener vómitos y evidenciando en general progresos en el trato con ellos. Se mostraba muy agradecida conmigo, pues sus vómitos la habían hecho sufrir durante años.

A esta altura se hizo aun más notoria la incidencia del duelo por la pérdida de su hermano en su problemática sexual: traía sueños cuyo denominador común era el deseo de dar a luz un varón. Por otro lado, en una oportunidad trajo a colación que su madre le había confiado que desde la trágica muerte de su hermano acusaba una marcada inhibición de su actividad sexual. "No sé —me dijo la paciente— si es que ella 'me pasó, o no algunos traumas a mí...". Existía al parecer cierto grado de identificación melancólica con su progenitora, lo que era codeterminante de sus propias inhibiciones sexuales.

J. traía con menos temor sus problemas sexuales. Esto era consecuencia de un afianzamiento de la relación conmigo, con una disminución de sus ansiedades paranoides.

Se le señaló cómo los beneficios secundarios de sus síntomas podían interferir su curación (cabe mencionar aquí que a partir del segundo mes de tratamiento la paciente ya concurría sola a las sesiones).

Realicé cierto trabajo interpretativo en torno a la separación, la cual no trajo aparejadas mayores dificultades (pienso que ello fue posible porque desde el primer momento traté de estimular en J. su iniciativa personal, con un criterio prospectivo), salvo que J. registró sus únicas ausencias en las dos sesiones finales del tratamiento, racionalizadas con argumentos poco consistentes y cuyo probable significado sería el de intentar invertir los papeles y aparecer ella abandonando el tratamiento, antes de sentirse abandonada. Luego se hizo presente para las entrevistas de evaluación.

En definitiva, se había llegado a obtener una cierta clarificación de su problemática y del significado de sus síntomas con relación al duelo por la muerte de su hermano. Las interpretaciones fueron centrándose en este punto (la rivalidad con su hermano, sus sentimientos de culpa y sus deseos de reparación, lo sexual como algo detestable, etc.) y así se fue profundizando en el foco. No se encaró a fondo *el complejo de Edipo positivo y negativo*, lo que impresionaba como algo más com-

plicado aun en este tratamiento de tiempo limitado (si bien el duelo patológico no le iba muy en zaga en ese sentido). Por ello, fue necesario "dejar pasar" material que era tentador interpretar.

Evaluación de los resultados terapéuticos

Evaluación inmediata

En las entrevistas de evaluación inmediata la paciente expresó acerca del tratamiento: "Ha sido bastante positivo. Muchas cosas las he superado... Los vómitos de los lunes... Por supuesto, pueden quedar muchas otras que a lo mejor yo misma pueda superar de a poco, ya sabiendo cuáles son mis problemas. Claro que volvería a consultar si fuera necesario".

Coincidimos en que había logrado, en buena medida, comprensión —*insight*— de los motivos determinantes de sus problemas actuales y que día tras día podía manejarse mejor frente a ellos.

La mejoría sintomática era muy ostensible en lo referente a los síntomas positivos de su neurosis. Las náuseas y los vómitos habían desaparecido, al igual que su depresión. La mejoría fue menos notable en cuanto a sus inhibiciones, ya que aunque habían desaparecido reacciones inapropiadas (los vómitos), persistían sus dificultades en sus relaciones con los varones, aunque parecían estar ya en camino de ser allanadas. En ese sentido J. manifestó su confianza en poder formar una nueva pareja y gozar sexualmente.

Había elevado su autoestima. La terapia produjo además otras modificaciones favorables en sus relaciones interpersonales. Se la veía menos adherida a su madre y con deseos de aprovechar su tiempo libre integrándose a grupos de ambos sexos. Otras variantes generadas por la terapia en torno a cuestiones tales como el trabajo fueron de secundaria importancia o no se presentaron, como en lo concerniente a una eventual elaboración de proyectos personales.

El retest evidenció también una evolución favorable: reparación de la figura masculina, tentativas de sublimación de sus deseos orales.

Transcurrida la etapa evaluativa J. se despidió de noso-

tros, sin que concertáramos nuevos encuentros para el futuro, mostrándose muy agradecida por lo que habíamos hecho por ella.

EVALUACIÓN MEDIATA

Cerca de tres años después y luego de grandes esfuerzos para localizarla, pues se había mudado junto con sus padres, conseguí hacerlo. Me trasladé hasta su domicilio, ya que J. no tenía teléfono. Me recibió su madre (J. no se encontraba allí en ese momento), quien se alegró de verme. Le pedí que dijera a J. que tratara de comunicarse conmigo y aproveché además la oportunidad para recabar su impresión sobre el estado de la joven. Me contó que, a su juicio, había cambiado notoriamente a partir del tratamiento efectuado: se mostraba optimista y activa de modo estable, había conseguido un nuevo empleo con mejor remuneración a la vez que formar pareja y nunca más había presentado episodios de vómitos. Para ella —prosiguió comentando– "el problema" de J. fue siempre el de su hermano fallecido. Finalmente agregó que desde hacía unas semanas J. pensaba hablar conmigo para que asistiera a una amiga suya.

La paciente me llamó por teléfono en cuanto recibió mi recado y pudimos concertar una entrevista de seguimiento. La mayor parte de las declaraciones de J. y de las conclusiones que pueden extraerse de dicha entrevista son dignas de ser expuestas con cierto detalle, pues considero que ilustran adecuadamente acerca de la eficacia y el alcance que en esta ocasión parece haber tenido el procedimiento terapéutico aplicado.

Encontré a J. sonriente y de excelente aspecto. Sus gestos me parecieron más sobrios, menos teatralizados.

No había recibido ningún otro tratamiento psicológico luego de terminado el efectuado conmigo.

Con gran satisfacción, expresó: "Desaparecieron una serie de problemas que tenía. No tuve más problemas de vómitos y tuve un cambio radical en todo: estoy de novia, me va muy bien con él, cambié de trabajo, me siento bien... El tratamiento fue difícil para mí. Recuerdo que a veces lo rechazaba mucho a usted. Hasta le tenía bronca. Ahora entiendo que era por las cosas que me hacía ver".

J. me habló de su pareja, con quien estaba relacionada desde hacía dos años: "Es muy centrado, tiene 28 años (J. tenía 23 cuando la entrevista), es ingeniero, estamos próximos a casarnos, quizá dentro de unos meses, a fin de año... Nos complementamos los caracteres. Mi carácter ha variado: estoy más alegre, hago bromas, me gusta no solo la compañía de mi novio sino también salir en grupo. Antes trataba de quedarme a solas, no tenía deseos de salir ni de arreglarme". En lo referente a su actividad sexual, J. aseveró que tenía relaciones sexuales satisfactorias con su pareja y que lograba el orgasmo casi siempre. "Antes —continuó— no era feliz sexualmente. Me sentía usada, el sexo era algo asqueroso para mí... A mi novio no lo rechacé en ningún momento. Yo no le comenté nada a él de mi otra relación (alude a su anterior pareja). No lo creo necesario...".[20] Más adelante siguió refiriéndose a su sexualidad. "Creo que he variado mucho mi idea sobre el sexo... Con él tenemos bastante libertad sexual, lograda poco a poco... Yo antes no me hubiese podido mostrar desnuda delante de un hombre, con la luz encendida. En cambio ahora lo considero normal."

Resulta indudable que al cabo de un tiempo de finalizado el tratamiento J. había vencido en gran medida sus inhibiciones sexuales, habiendo formado una pareja de la que se hallaba aparentemente muy conforme y superado la frigidez. Fue, eso sí, necesario que pasara cierto tiempo para que pudiesen cumplirse estos objetivos terapéuticos y comprobarse así los frutos, según los relatos de la paciente y de su madre, de la labor desplegada.

Manifestó sus deseos de casarse pronto para poder tener hijos. Mientras tanto recurrían a anticonceptivos orales. "Pese a mis deseos de tener chicos, no me olvido de tomarlos", comentó risueña. J. quería sin duda hacerme notar que tenía presente aquello que habíamos explorado durante su terapia, y que además estaba muy atenta en lo referente a tomar las debidas precauciones, a partir de la profunda convicción —lograda mediante el tratamiento— que tenía respecto de la fuerza de sus deseos inconscientes. No había tenido abortos.

En cuanto a las relaciones con sus familiares, me contó

[20] Pensé si esto no significaría además que evitaba contarme algo que pudiese no dejarme del todo conforme con ella.

que se sentía muy bien con sus padres, a la vez que mucho más independiente. Como había concurrido a la entrevista con su madre, le importó aclararme que ésta insistió tanto en acompañarla que le pareció absurdo negarse, pero que verdaderamente sentía que no era para nada necesario, a diferencia de lo que le sucedía antes, cuando ella misma requería la compañía y los cuidados de su progenitora, haciéndoselo notar de algún modo. "La relación con mi mamá —siguió diciéndome J.— cambió mucho, al menos de mi parte... Ahora me compro sola mi ropa... Antes, estoy segura que no hubiese podido casarme y vivir lejos de ella. Ahora tengo propuestas para que con mi futuro marido vayamos a vivir a la provincia y yo no tendría inconvenientes...". La paciente atribuyó al tratamiento efectuado una decisiva influencia en las modificaciones que presentaba la relación con su madre.[21] Asimismo J. había sido antes muy dependiente en su relación con su hermana, con la que ahora —según ella— se vinculaba más "de igual a igual", sin ajustarse incondicionalmente a sus opiniones, aceptándolas como tales, pero desarrollando sus propios puntos de vista.

Había interrumpido sus estudios de modelo publicitaria, debido a que los encargados de darle trabajo tácitamente le imponían como condición que tuviese con ellos relaciones sexuales. Esto se repitió en dos o tres oportunidades, por lo que decidió abandonar definitivamente este campo. Me refirió que le atrajo siempre el arte escénico, pero que por el momento no pensaba estudiar teatro ya que lo que le interesaba era concretar a la brevedad sus planes de contraer matrimonio y en ese sentido se volcaba con ahínco a su trabajo, en una empresa distribuidora de piezas para automóviles, por el que obtenía un sueldo superior al de su anterior empleo y tenía posibilidades de mejorar mucho más aun sus ingresos.

De un modo espontáneo me comentó que a raíz de una bronquitis que contrajo debió dejar de fumar. Pudo lograrlo controlando la ansiedad derivada de tal abstinencia, hecho

[21] Esto me pareció una racionalización de un problema no totalmente resuelto, dado por su relación de dependencia infantil con la madre. Incluso creí notar nuevamente en esta observación de la paciente que no solo quería, en su extenso relato, contarme todo lo que de positivo había obtenido de la terapia, sino que, con sus sentimientos de gratitud, pretendía además ocultarme conflictos no resueltos.

que a su juicio era un efecto de la terapia, aunque no podía precisar mejor de qué manera ésta le había ayudado en este problema.

Se refirió luego a sus estados depresivos, que habían dejado ya de presentarse. De inmediato aludió al recuerdo de su hermano fallecido: "No se me da por pensar tanto en él. Incluso antes deseaba tener un varón rubio, como mi hermano. Ahora no, querría que se parezca a mi novio y a mí... Cuando nos mudamos yo no quise colgar más las fotografías de familiares muertos, como mi hermano, unos tíos...".

Esto podría indicar cierta atenuación de la culpa por la muerte de su hermano, lo que le permitiría un mayor desprendimiento del objeto perdido y poder contemplar más sus propios anhelos personales.

Quería enviarme una compañera de trabajo para que la tratase, lo cual constituía una manifestación más de su confianza en mí.

Casi al final de la entrevista, luego de haberle transmitido mis impresiones a lo largo de la misma, le expresé mi satisfacción de encontrarla bien y con tan gratas nuevas, reiterándole que contase conmigo ante cualquier necesidad, después de lo cual nos despedimos, no sin que J. tuviese palabras de emocionado agradecimiento para conmigo. Desde ese momento no he vuelto a tener noticias de ella.

Finalmente, al registrarse en esa oportunidad resultados positivos en I.P.F. (*insight* de la problemática focal), R.P.F. (resolución —clínica— total de la problemática focal, por sustitución de reacciones inapropiadas por las apropiadas en sus relaciones heterosexuales) y M.S. (mejoría sintomática) el resultado final, de acuerdo con el sistema de evaluación propuesto en el capítulo 11, se considera *muy favorable*.

Consideraciones finales

Este caso invita a la reflexión en torno a varios puntos. Es, sin duda, polémico y pienso que constituye una fiel muestra de los múltiples interrogantes que acerca de la teoría de la técnica se presentan en la práctica de estas terapias y que deben servirnos de estímulo para la discusión e investigación tendientes a lograr propuestas útiles que conduzcan a líneas de trabajo

fundamentadas dinámicamente. También es interesante el problema que plantea con relación a los resultados terapéuticos.

1) *El uso flexible y selectivo del método de libre asociación rinde sus frutos al aplicarse en quienes cuentan con reales posibilidades de responder de un modo favorable* (aquí pudo utilizarse beneficiosamente, por ejemplo a propósito de los sueños de la paciente y de la aparición del orzuelo).

2) Podemos observar en este caso la *evolución del foco durante el tratamiento*, en la que la comprensión de los dinamismos de la conflictiva focal se va enriqueciendo y aclarando como consecuencia de progresivos hallazgos. Es posible una mayor definición del juego de interrelaciones entre los diversos factores. *La profundización en el foco* revela la sobredeterminación de los síntomas y está facilitada por las condiciones de la paciente para remitirse al aporte de material focal y lograr *insight* de estos conflictos.[22]

3) Si bien aquí se aventuró otra vez una labor interpretativa en cierto modo profunda, con *incursión en aspectos históricos infantiles* —ya que no otra cosa supone el penetrar en la relación que la paciente tenía con su hermano y en el duelo patológico que sobreviene ante la pérdida de éste, acaecida en plena infancia de ella—, no me he apartado de la conflictiva focal. Las interpretaciones que incluían aspectos históricos infantiles eran, repito, siempre focalizadas, posibilitando así la profundización en el foco. Si hubiesen estado "fuera de foco", ello habría implicado el riesgo de "abrir heridas" de un modo innecesario, provocando una movilización mayor en la paciente, relacionada con conflictos que no podríamos abarcar suficientemente durante el tratamiento.

4) En lo referente a los *problemas suscitados por la presencia de duelos patológicos de importancia en tratamientos*

[22] Existe cierta analogía entre este abordaje del foco terapéutico y el que practicaba Freud sobre el *síntoma* en sus primeros tratamientos (Isabel de R y demás historiales incluidos en "Estudios sobre la histeria" [5], el cual puede considerarse un antecedente técnico de la terapia focal. La diferencia reside en que actualmente contamos con la ventaja de poseer nuevos conocimientos que amplían nuestra comprensión profunda y que el mismo creador del psicoanálisis se encargó de aportarnos (la sexualidad infantil, por ejemplo, especialmente el complejo de Edipo que, naturalmente, no había descubierto todavía en esa época).

de corto plazo, caben aquí las consideraciones efectuadas en capítulos anteriores (véanse los capítulos 10 y 12). Pero quiero formular un interrogante que surge enseguida y es *si resulta conveniente o aun necesario incluir un duelo de esta naturaleza dentro del programa terapéutico de una terapia de duración limitada, entre los aspectos a ser tratados con el paciente* (lo cual coincide en esta oportunidad con el problema de la actitud a asumir ante lo histórico-infantil). En este caso en particular mi respuesta es afirmativa. Adentrarnos en el duelo era en cierto modo algo ineludible, como lo fui comprendiendo a lo largo del proceso terapéutico, pues a mi juicio constituía un problema de importancia fundamental, que estaba en el núcleo mismo del síntoma como conflicto subyacente y requería su abordaje, aunque solo pudiese efectuarse de un modo parcial. Cabe preguntarse si de no haber obrado así hubiese sido posible lograr resultados similares a los producidos, en cuanto a la remisión de la sintomatología, basada en cierto grado de *insight* del conflicto central del tratamiento, resultados que quedan corroborados —a mi entender— por el seguimiento efectuado años después.

Una vez convencidos de que debemos ocuparnos directamente del duelo surge la necesidad de *replantear nuestra modalidad técnica ante estos problemas*, adaptándola al encuadre existente en este tipo de terapias, para evitar que éstas se conviertan en un psicoanálisis trunco, con sus previsibles consecuencias. Ya al describir este historial he expuesto la posición que adopto, en la que parto de las propuestas de Szpilka y Knobel (10). Esta inquietud apunta no solo a ayudar al paciente al máximo dentro de las posibilidades institucionales, sino también a no dañarlo con técnicas inadecuadas.

Hasta aquí me refiero solamente a las necesidades y ventajas de incursionar en la problemática del duelo, pero desde ya que esto mismo entraña los riesgos propios de una escabrosa tarea terapéutica, que en términos ideales debiera ser tan prolongada como intensiva y que en virtud de la limitación temporal quedará forzosamente incompleta. La elaboración insuficiente del duelo podrá acarrear la *reaparición de los síntomas o nuevas manifestaciones del conflicto* (hecho no comprobado en esta paciente, luego de transcurridos cerca de tres años de finalizado su tratamiento). Pero se trata de un *riesgo* previsto, calculado. Para eso están los seguimientos,

que brindarán la oportunidad de detectar estas recaídas y de señalar, cuando la situación lo requiera, la necesidad de retornar a la psicoterapia .

En nuestra paciente, pienso que los resultados logrados con relación al abordaje del duelo enquistado no deben desestimarse. Creo que en la práctica, aun en terapias de objetivos limitados, nos problematizamos –y equivocamos— en demasía cuando, con nuestro *furor curandis*, pretendemos lograr una elaboración de conflictos fundamentales o solucionar perturbaciones caracteropáticas, todo lo cual suele llevar mucho más tiempo, habitualmente años de esforzada labor.

Pero en esta oportunidad podría cuestionarse el abordaje de un conflicto dado por un duelo patológico en un tratamiento de *solo tres meses* y creo que con cierta razón. Ubicándonos siempre en la alternativa de tener que suministrar una terapia de tiempo limitado, como sucede dentro del marco hospitalario y corresponde al caso que nos ocupa (paciente de escasos recursos económicos, en su primera experiencia psicoterapéutica, que consulta al ser derivada y no por iniciativa propia, necesitada quizá de adquirir mayor conciencia de enfermedad y de acrecentar su motivación para considerar solo en un futuro la opción de un tratamiento prolongado), pienso ahora que lo que hubiese podido hacer y resultado conveniente, habría sido fijar desde un comienzo un mayor tiempo de terapia.[23]

[23] En honor a la verdad ello no se hizo básicamente porque al principio se ignoraba que existiese una vinculación tan directa de los padecimientos actuales de la paciente con dicho duelo, lo cual constituyó un hallazgo registrado en pleno proceso terapéutico. Tampoco había yo reflexionado hasta ese momento acerca de la necesidad de tener en cuenta la especial situación que la existencia de duelos patológicos de envergadura –como pueden ser los desencadenados con motivo de la pérdida de seres queridos– plantea en la aplicación de terapias de corto plazo. Justamente la experiencia que significó asistir a esta paciente contribuyó a que prestase atención al problema. A todo esto se sumó el considerar el caso de J., con todo, como uno de los de patología menos severa entre los tratados, por lo que se le asignó una duración de solo tres meses. Por último, los resultados favorables obtenidos en el momento de la evaluación, aunados a las limitaciones temporales propias de la experiencia clínica realizada, hicieron desechar la alternativa de un recontrato. Felizmente no hubo consecuencias negativas que lamentar y en cambio los beneficios fueron apreciables, dando la impresión de que el tiempo acordado a la terapia hubiese alcanzado para el logro de aquéllos. Sabemos que cada paciente tiene –y necesita– su propio tiempo. Y J. tenía, por lo visto, un ritmo rápido de *timing*, con considerable capacidad de *insight*, que la hizo responder satisfactoriamente a una terapia intensiva de corta duración.

5) Que estas terapias sean indefectiblemente "superficiales" constituye por cierto un prejuicio, ya que frente a pacientes muy colaboradores y capacitados para el *insight*, *el grado posible de profundidad interpretativa y del insight concomitante alcanzado pueden —en ocasiones– ser significativos*. Esto es lo que ocurrió con esta inteligente y dúctil paciente (a pesar de presentar por momentos intensas manifestaciones resistenciales), por lo cual fue posible la interpretación, por ejemplo, de fantasías pregenitales inconscientes (en especial de carácter oral y anal), en una magnitud en principio inusual en mi experiencia en psicoterapias de tiempo limitado.[24] Desde luego, aludo a una profundidad que se alcanza solo con aspectos parciales de la conflictiva, quedando diversos conflictos sin ser desentrañados, como puede apreciarse a lo largo de este historial.

Por último, algo más sobre los resultados obtenidos. También en materia de resultados terapéuticos de las terápias breves existe un prejuicio muy arraigado, consistente en creer que los cambios producidos son siempre "superficiales" y/o transitorios. La índole de la mejoría, su estabilidad y los nuevos progresos a lo largo de casi tres años de evolución nos dan la pauta en este caso de que ello no es exacto. Vemos que en nuestra paciente, pese a haberse efectuado un tratamiento de tres meses solamente, los resultados fueron más allá de la mera curación o alivio de un, bueno es recordarlo, molesto y antiguo síntoma. El seguimiento permitió descartar las temidas recaídas, y pareció haberse llegado a una resolución dinámicamente parcial aunque bastante firme del conflicto y, lo que es destacable, *haberse instaurado un ciclo prospectivo y una adaptación productiva a la realidad*, objetivables en los logros de la paciente conseguidos en los años que siguieron al tratamiento. Los cambios impresionan como si hubiesen tenido un alcance que en algunos aspectos trasciende los objetivos terapéuticos propuestos. (Lamentablemente no se pudo contar con un nuevo retest, a tres años de finalizado el tratamiento, que permitiese un estudio más exhaustivo –y mejor documentado– sobre el particular.)

[24] A la vez tales interpretaciones no deben causar mayor sorpresa, si recordamos que Freud, ya en 1900, en el tratamiento de Dora y en el lapso de solo tres meses, que fue lo que duró ese análisis, llegó a interpretar las fantasías de *fellatio* que subyacían a la tos nerviosa de la paciente (4).

La experiencia de investigadores como Dewald parece también demostrar que es posible lograr muy buenos resultados terapéuticos. Señala este autor que "en algunos enfermos bien 'preparados' sensible o psicológicamente, puede desarrollarse un *insight* importante de los conflictos en un contacto terapéutico relativamente corto y ejercer un efecto terapéutico duradero" (3). Si bien estos resultados no son habituales en psicoterapias breves, pueden producirse, como vimos en esta ocasión a propósito del tratamiento de J.

Referencias bibliográficas

1. Alexander, F., "Indicaciones para la terapia", en F. Alexander y T. French, *Terapéutica psicoanalítica*, Paidós, Buenos Aires, 1965, cap. VI.
2. Courtenay, M., *Sexual Discord in Marriage*, Tavistock, Londres, 1968, citado por L. Small en *Psicoterapias breves*, Granica, Buenos Aires, 1972.
3. Dewald, P. A., "Psicoanálisis y psicoterapia por '*insight*' dirigido", en P. A. Dewald, *Psicoterapia: un enfoque dinámico*, Toray, Barcelona, 1972, cap. XVIII.
4. Freud, S., "Análisis fragmentario de una histeria", en S. Freud, *O.C.*, Biblioteca Nueva, Madrid, 1948, tomo II.
5. –, "La histeria: Historiales clínicos", en S. Freud, *ob. cit.* en 4, tomo I.
6. Guiter, M., Comunicación personal.
7. Jones, E., "The Phallic Phase", 1932, en *Papers on Psychoanalysis*, Bailliere, Londres, 1950, citado por J. Laplanche y J. B. Pontalis, en *Diccionario de psicoanálisis*, Labor, Barcelona, 1971, p. 119.
8. Malan, D. H., *A Study of Brief Psychotherapy*, Tavistock, Londres; Charles Thomas, Springfield, Illinois, 1963. (Vers. cast.: *La psicoterapia breve*, Centro Editor de América Latina, Buenos Aires, 1974.)
9. Piedimonte, R. C., Comunicación personal.
10. Szpilka, J. y Knobel, M., "Acerca de la psicoterapia breve", en *Coloquio Acta 1967: Psicoterapia Breve, Acta psiq. psicol. Amér. Lat.*, junio de 1968, vol. XIV, n° 2, Buenos Aires.

14
FORMACIÓN DE TERAPEUTAS EN PSICOTERAPIA BREVE

Introducción

Que una preparación psicoanalítica previa adquiera decisiva importancia para la formación en P. B. es algo que está fuera de toda duda. Wolberg (5), entre otros, lo reafirma de manera concluyente. Es que, entre otras cosas, se requiere una rápida captación de la problemática del paciente y poseer conocimientos y manejo de los fenómenos transferenciales y contratransferenciales, que den cuenta de las variaciones que en el campo crean hechos tales como la conducta activa del terapeuta o la combinación de distintos recursos terapeúticos, para todo lo cual será de gran utilidad contar con suficiente experiencia de análisis personal, conocimientos teóricos y práctica psicoanalítica.

En lo que respecta a las emociones contratransferenciales, cabe señalar la necesidad de que el terapeuta ejerza un control adecuado de ellas, especialmente en circunstancias que para él reproduzcan la situación triangular, en las que puede llegar a ubicarse como el excluido, lo que vimos suele suceder con frecuencia en un tratamiento breve (véase cap. 8, p. 183). Deberá dominar tanto el sentimiento de exclusión que pudiese experimentar, como los componentes de celos, rivalidad, etc., que lo acompañen, pues de lo contrario corre el riesgo de actuar nocivamente, lo que tambien ha sido ya señalado (cap. 8, pp. 184 a 185).

De estos hechos se desprende que son los psiconanalistas experimentados quienes están en las mejores condiciones para

ejercer la P.B., ya que pueden contar, dentro de las muchas ventajas respecto de un terapeuta principiante, con una buena elaboración de sus propios conflictos básicos. Pero sabemos que en la práctica la realización de los tratamientos breves descansa en su mayor parte en terapeutas noveles y que el entrenamiento de éstos en tales tratamientos no suele estar precedido de una sólida formación psicoanalítica, que sería lo óptimo, sino que a lo sumo coincide con el desarrollo de la misma.

De cualquier manera, se cumpla o no previamente la etapa psicoanalítica, la formación del terapeuta en P.B. consistirá en el aprendizaje de su teoría de la técnica y en el adiestramiento psicoterapéutico, adecuadamente supervisado. Me ocuparé seguidamente de estos aspectos, para luego reseñar algunos de los requisitos o condiciones que me parecen importantes para ser un buen terapeuta en P.B. Finalmente expondré un modelo de ficha clínica que estimo puede servir de guía en la práctica y propender a una sistematización operativa de la tarea.

Aprendizaje teórico

Aun aceptando que sea en verdad difícil "hacer y aprender simultáneamente psicoterapia y psicoanálisis" (Joseph [2]) y en virtud de presentarse la mayoría de las veces esta necesidad en los tramos iniciales del camino a recorrer por todo terapeuta nóvel, considero que lo mejor será que, como primera medida, éste se fije el objetivo de conocer con claridad las características principales que distinguen una terapéutica de otra y no se abandone a una situación que lo condene a hacer del tratamiento breve un "psicoanálisis breve". Para ello será menester estudiar concienzudamente ciertos principios esenciales de la P.B., pues los errores más comunes en la práctica de la misma responden precisamente a la extrapolación de la técnica psicoanalítica. Es claro que tal pretensión reclama la existencia de fundamentos teóricos definidos en P.B. Fiorini ha señalado la influencia negativa que en la formación de los terapeutas ejerce la carencia de una identidad teórica por parte de la P.B. (1). Es posible que así sea y que en gran parte esta carencia, a mi parecer, constituya más que nada el producto de la falta de coherencia —a la que también se ha referido acertadamente Fiorini (1)— en los aportes, que plantean a menudo hipótesis inconciliables entre sí y que, también a menudo, se fundan en esquemas referenciales diferentes. Algunos requisitos a tener especialmente en cuenta en la enseñanza de la P.B. serían entonces: *partir de sólidos basamentos teóricos* (por ejemplo, y de modo fundamental, los aportados por el psicoanálisis) *y exponer un método que guarde suficiente coherencia*, propósitos cuya concreción entraña una ardua tarea que no ha terminado aún de cristalizar y que es la que puede suministrar la orientación y el respaldo que hacen falta para evitar que los jóvenes profesionales caigan en el desánimo y el descreimiento.

A lo largo de mi labor docente en P.B. he experimentado además casi siempre la necesidad de incluir inicialmente en los grupos un trabajo que llamaría de "ablandamiento" con los colegas, en cuanto a tratar de lograr en éstos una buena disposición hacia el aprendizaje del tema, ya que sobre el mismo abundan todavía preconceptos de todo tipo que conviene entonces rever de entrada con ellos, sobre todo porque se sigue insistiendo, equivocadamente, en enfrentar la P.B. con el psicoanálisis, como si se tratara de dos procedimientos antagónicos.

Adiestramiento psicoterapéutico

Las necesidades actuales de recurrir a estos procedimientos para ofrecer atención psiquiátrica a la numerosa población consultante en los diversos establecimientos asistenciales (servicios psiquiátricos hospitalarios, centros de salud mental, instituciones privadas), así como también el reconocimiento de la terapia focal como técnica cuya aplicación es factible y/o recomendable en no pocos casos que se presentan en los consultorios privados, son hechos que obran como *exigencias* en los profesionales, puesto que además significan para muchos el *debut* como psicoterapeutas, pero no es menos cierto que también estimulan y brindan a la vez, con cierta facilidad, oportunidades para el ejercicio de este método terapéutico.

Supervisión clínica

Deberá estar a cargo, preferentemente, de profesionales experimentados tanto en terapias prolongadas como en las focales.

Es todavía muy común comprobar dificultades en supervisores de tratamientos hospitalarios que, al carecer de experiencia en los mismos y partir exclusivamente de la obtenida en el ámbito de sus consultorios privados, se muestran rígidamente adheridos a la técnica analítica estándar. Suelen presentar problemas de adecuación al contexto institucional y refuerzan en los supervisados la tendencia a la traspolación de la técnica psicoanalítica, con deficiencias tales como el no corregir —y aun fomentar— un empleo exagerado de interpretaciones transferenciales, actitudes "pasivas" del terapeuta, etcétera. Es decir que una función elemental del supervisor, además de las que corrientemente se le asignan, ha de ser señalar a los terapeutas las contradicciones técnicas en que puedan incurrir.

Por lo demás, la supervisión deberá poner énfasis en: la confección de una historia clínica minuciosa, la delimitación de un foco, el establecimiento de objetivos terapéuticos y la planificación. Asimismo deberá ayudar a detectar el punto de urgencia en las sesiones y estimular la asunción de un papel activo por parte del terapeuta; prestará especial atención a los problemas inmediatos de la realidad externa del paciente y a los que pudieran derivar de la disolución del vínculo terapéutico, incluyéndolos como temas que es necesario tratar. Finalmente deberá proponer la realización sistemática de evaluaciones.

Algunas condiciones necesarias de un terapeuta en psicoterapias breves

Mencionaré solo aquellas que me parecen fundamentales. (Se supone que tanto un buen análisis personal como el conocimiento y entrenamiento en psicoanálisis podrán, en mayor o menor medida, contribuir al logro de estas condiciones):

1) Capacidad para establecer prontamente un buen *rapport* con el paciente (Knobel [3]).

2) Capacidad para comprender la naturaleza de los problemas centrales del tratamiento en breve tiempo.

3) Capacidad para desempeñar un papel activo en el proceso terapéutico.

4) Flexibilidad libre de prejuicios, y creatividad para ensayar y combinar los distintos recursos terapéuticos que domine y de los cuales disponga, cuando las circunstancias lo requieran.

En lo que respecta a sus conflictos personales:

5) Cierta elaboración de la conflictiva edípica, que le permita un manejo adecuado de las situaciones triangulares en las que pueda sentirse inmerso durante el tratamiento.

6) Suficiente tolerancia a la frustración para:

a) Conformarse con el logro de objetivos terapéuticos limitados.

b) Renunciar a las especiales gratificaciones deparadas por la relación analista-paciente (véase cap. 8).

c) Resignarse a no alcanzar grados profundos de investigación de los psicodinamismos de cada paciente.

d) Soportar sin excesivas dificultades las separaciones de los pacientes.

Ficha clínica para psicoterapias breves

Lugar (servicio, centro de salud mental, institución o consultorio privado): ....
Fecha de admisión: ....
Apellido y nombres: .... **Sexo**: .... **Edad**: ....
Domicilio: .... **Tel.**: .... **Nacionalidad**: ....
Estado civil: .... **Ocupación**: .... **Instrucción**: ....

Historia clínica (resumen)
Motivo de consulta (incluye descripción de la *situación-problema* y los factores desencadenantes): ....
....
....
....
Datos biográficos de interés (incluye antecedentes familiares y personales): ....
....
....

Evaluación diagnóstica:
Diagnóstico nosográfico-dinámico:
a) Del episodio.
b) De la enfermedad.
c) De la personalidad.

Incluye además:
- Grupo familiar: Diagnóstico e incidencia –incluida la que ejerce el medio social del paciente– en la problemática.
- Evaluación de las condiciones yoicas. Especialmente interesan:
  - a) Funciones yoicas básicas (percepción, atención, memoria, pensamiento, etcétera).
  - b) Relaciones objetales.
  - c) Control de impulsos.
  - d) Tolerancia a la ansiedad y a la frustración.
  - e) Mecanismos defensivos.
  - f) Regulación de la autoestima.

....
....
....

Esto nos conducirá a una Evaluación de la: *potencia y plasticidad del yo* ....
....
....

Grado de motivación para el tratamiento y aptitudes para el insight:
....
....

Determinación del foco: ....
....
....

Hipótesis psicodinámica inicial ....
....
....

Foco terapéutico. Su estructura. Descripción ....
....
....

Puntos de urgencia al comenzar el tratamiento ....
....

Informe psicológico (Tests: Bender, Pareja, Rorschach, Phillipson, T.A.T., etcétera). Elementos más importantes ....
....
....
....

Metas terapéuticas:
- a) Primordiales ....
- b) Secundarias ....

Duración del tratamiento: ....
....

Pronóstico: ....
....

Planificación del tratamiento:

Psicoterapia:
- a) De *insight* (predominantemente).
- b) De apuntalamiento (predominantemente).

Tipo de relación paciente-terapeuta:
- terapeuta (activo; directivo, etc.)
- posición (frente a frente, etc.)

Recursos terapéuticos:

- Psicoterapia individual verbal
  - Intervenciones
    - Señalamientos
    - Interpretaciones
      - "Transferenciales"
      - "Extratransferenciales"
      - De las raíces infantiles del conflicto
    - Preguntas
    - Informaciones
    - Sugerencias
    - Comentarios
    - Intervenciones de reaseguramiento
    - Indicaciones
    - Consejos
  - Uso —optativo— del método de asociación libre
- Otros
  - Psicofármacos
  - Inclusión de familiares y/o allegados
  - Técnicas dramáticas
  - Terapia grupal, ocupacional, etc.
  - Asistencia social, etc.

....
....
....

Sesiones: duración, frecuencia y periodicidad ....
....

Duración total del tratamiento ....
....

Estrategia terapéutica
Conflictos a abordar y posible secuencia de dicho abordaje; consignar la utilización de los distintos recursos terapéuticos; señalar el tipo de material que habrá de descartarse; funciones yoicas a reforzar; eventuales modificaciones en la frecuencia de las sesiones; la labor en torno a la separación ante el final del tratamiento ....
....
....
....

Contrato:
Detalles del convenio sobre metas terapéuticas, duración del tratamiento, duración, frecuencia y periodicidad de las sesiones; fechas de terminación del tratamiento, de las entrevistas de evaluación y del retest (si las hubiera) ....
....
....

Evolución durante el tratamiento:
Evolución del foco, de la motivación o de la resistencia al *insight*; posibilidades del paciente de centrarse en lo focal; principales puntos de urgencia; líneas interpretativas y tipo de interpretaciones; evolución del estado del paciente; evolución de la relación terapéutica (la transferencia y la contratransferencia); mención de uso y efectos de otros recursos terapéuticos; la terminación ....
....
....
....
....

Evaluación de los resultados terapéuticos:
1) *Evaluación inmediata*

Impresiones generales del paciente acerca del tratamiento .....
....

Insight de la problemática focal (I.P.F.) ....
....
Resolución de la problemática focal (R.P.F.) ....
....
Mejoría sintomática (M.S.) ....
....
Conciencia de enfermedad ....
....
Autoestima ....
....
Modificaciones favorables en:
Vida sexual
Relaciones de pareja
Otras relaciones interpersonales (familiares, amistosas, laborales, etc.)
Estudios
Trabajo
Recreación
....
....
Proyectos para el futuro[1] ....
....
RETEST. Resultados
....

DISPOSICIONES FINALES
Separación de paciente y terapeuta
Concertación del seguimiento. Fechas de entrevistas de evaluación y de retest
Recontrato (con objetivos limitados). Objetivos
Pasaje a otros tratamientos:
a) Con el mismo terapeuta
b) Con otro terapeuta
Especificar tipo de tratamientos (psicoanálisis, psicoterapia de grupo, etc.) ....
....

[1] En caso de tratarse de una psicoterapia predominantemente de apuntalamiento yoico se excluyen de este listado I.P.F. y R.P.F., tanto para la evaluación inmediata como mediata.

2) *Evaluación mediata (seguimiento)*
Insight de la problemática focal (I.P.F.)

Resolución de la problemática focal (R.P.F.)

- Real
  - Total
  - Parcial
- R.P.F.: no
  - Dudosa
  - Sin modificaciones
  - Recaídas[2]
  - Solución falsa valiosa (4)
  - Falsa solución (4), cura transferencial, huida hacia la salud, evitación con o sin recaída
  - Agravación

- Mejoría sintomática (M.S.)
  - Mecanismos
  - Alcance
  - Estabilidad

Conciencia de enfermedad

Autoestima

[2] Sea que las recaídas se traduzcan, indistintamente, en la reaparición de los síntomas o en la aparición de nuevas manifestaciones sintomatológicas.

Modificaciones favorables en:
Vida sexual
Relaciones de pareja
Otras relaciones interpersonales (familiares, amistosas, laborales, etc.)
Estudios
Trabajo
Recreación

Proyectos para el futuro

Nuevas situaciones conflictivas

- Nuevos logros
  - Mecanismos
  - Alcance
  - Estabilidad

Otros tratamientos realizados

Retest. Resultados

Resultado final:[3]
Muy favorable
Favorable
Discreto
Regular
Nulo
Desfavorable
Consideraciones finales

[3] De acuerdo con el código descripto en el capítulo 11 (pp. 230 a 233).

Referencias bibliográficas

1. Fiorini, H. J., "Problemática actual de las psicoterapias breves", en W. R. Grimson (comp.), *Nuevas perspectivas en salud mental. Instituciones y problemas*, Nueva Visión, Buenos Aires, 1973.
2. Joseph y otros, "Mesa redonda sobre psicoanálisis y psicoterapia", *Revista de Psicoanálisis*, tomo XXVIII, n° 1, Buenos Aires, 1971.
3. Knobel, M., "Psicoterapia breve en la infancia", en Psicoanálisis y psicoterapia breve en niños y adolescentes. *Cuadernos de la SAPPlA*, Kargieman, Buenos Aires, 1971.
4. Malan, D. H., *A Study of Brief Psychotherapy*, Tavistock, londres; Charles Thomas, Springfield, Illinois, 1963. (Vers. cast.: *La psicoterapia breve*, Centro Editor de América Latina, Buenos Aires, 1974.)
5. Wolberg, L., "La técnica de la psicoterapia breve", en L. Wolberg y colab., *Psicoterapia breve*, Gredos, Madrid, 1968, cap. VI.

INDICE

TECNICA

Colección Psicología Contemporánea

3964 Aragonés, Raúl J.: **El narcisismo como matriz de la teoría psicoanalítica**

1686 Baremblitt, Gregorio: **Saber, poder, quehacer y deseo**

1554 Bleger, José: **Psicoanálisis y dialéctica materialista**

0221 Bleichmar, Hugo: **Introducción al estudio de las perversiones**

0116 Bleichmar, Hugo: **El narcisismo**

0353 Bleichmar, Hugo: **La depresión. Un estudio psicoanalítico**

5053 Boushira, J. y Durieux, M. Cl. (comp.): **Winnicott insólito**

2062 Braier, Eduardo: **Psicoanálisis. Tabúes en teoría de la técnica. Metapsicología de la cura**

0639 Braier, Eduardo: **Psicoterapia breve de orientación psicoanalítica**

2569 Castoriadis, Cornelius: **El psicoanálisis, proyecto y elucidación**

0957 Certcov, Daniel: **Psicopatología general dialéctica**

3085 Cyrulnik, Boris: **Los alimentos afectivos: Violencia, incesto, ancianos, rituales**

0175 Fiorini, Héctor J.: **Teoría y técnica de psicoterapias**

2860 Fiorini, Héctor J.: **Estructuras y abordajes en psicoterapias psicoanalíticas**

2617 Flem, Lydia: **El hombre Freud**

4987 Flem, Lydia: **Vaciando la casa de mis padres**

2909 García Arzeno, María E.: **Nuevas aportaciones al psicodiagnóstico clínico**

409X García Arzeno, María E.: **Reflexiones sobre el quehacer psico-diagnóstico**

0035 Grassano, E.: **Indicadores psicopatológicos en técnicas proyectivas**

1147 Harari, Roberto: **Discurrir el psicoanálisis**

3484 Herrmann, Fabio: **Clínica psicoanalítica - El Arte de la Interpretación**

0426 Kogan, A. Aisenson: **Introducción a la psicología**

1244 Kogan, A. Aisenson: **Propuestas en psicoterapia**

4340 Maldavsky, D.: **Investigaciones en procesos psicoanalíticos. Teoría y métodos.**

2933 Maldavsky, D.: **Judeidad. Modalidades subjetivas**

4162 Maldavsky, D.: **Lenguaje, pulsiones y defensas**

3794 Maldavsky, D.: **Lenguajes del erotismo**

3557 Maldavsky, D.: **Sobre las ciencias de la Subjetividad. Exploraciones y conjeturas.**

1279 Mannoni, Octave: **Freud. El descubrimiento del inconsciente**

3654 Mercader, Patricia: **La ilusión transexual**

2402 Morel, Denise: **Las familias de creadores. Portar un talento. Portar un síntoma**

3271 Olivier, Christiane: **Los hijos de Orestes, o la cuestión del padre**

0272 Paz, José Rafael: **Psicopatología. Sus fundamentos dinámicos**

2380 Rodrigué, E. y Tahin Lopes, S.: **Un sueño de final de análisis**

3735 Rogers, Carl R.: **Terapia, personalidad y relaciones interpersonales**

2800 Roitman, Clara R.: **Los caminos detenidos. Del desarrollo psíquico a la defusión pulsional**

3026 Rosfelter, P.: **El nacimiento de una madre. Bebé blues**

1368 Salas, Olga: **La femineidad. Una revisión de la fase fálica**

0582 Sauri, Jorge (comp.): **Las fobias**

0574 Sauri, Jorge (comp.): **Las histerias**

3182 Segal, Hanna: **Sueño, fantasma, arte**

0027 Siquier de Ocampo, M.L. y otros: **Las técnicas proyectivas y el proceso psicodiagnóstico**

2220 Speier, Anny: **Los sueños. Simbolismo y terapia**

1902 Taragano, Fernando: **Identificación psicológica del paciente. Metodología de investigación**

300X Tort, Michel: **El deseo frío. Procreación artificial y crisis de las referencias simbólicas**

Psicología social y grupal

2339 Baudes de Moresco, M.: **Grupos operativos**

1759 Baudes de Moresco, M: **¿Grupo o psicoanálisis?**

1767 Bendersky, Nora: **¿Es posible disfrutar del matrimonio?**

3298 Billiet, Laura F.: **H.I.V.- S.I.D.A. La época de inmunodeficiencia**

0159 Bleger, José: **Temas de psicología (entrevistas y grupos)**

2496 Cochrane, R.: **La creación social de la enfermedad mental**

1970 Fernández, Ana: **El campo grupal (Notas para una genealogía)**

1856 Fernández Mouján, O.: **Crisis vital. Un modelo transformador en psicoanálisis y psicología social**

3107 Hooper, Carol-Ann: **Madres sobrevivientes al abuso sexual de sus niños**

1880 Kornblit, Ana L. y otros: **Estudios sobre la drogadicción en la Argentina. Investigación y prevención**

0256 Maisonneuve, Jean: **La dinámica de los grupos**

362X Neri, Claudio: **Grupo. Manual de psicoanálisis de grupo**

1724 Orsi, Alfredo: **Actitudes y conducta. Algo más que Psicología Social**

2003 Palmonari, Augusto y Zani, B.: **Psicología social de la comunidad**

3239 Pichon-Rivière, Joaquín y colab.: **Diccionario de términos y conceptos de psicología y psicología social**

0302 Pichon-Rivière, Enrique: **El proceso creador**

0000 Pichon-Rivière, Enrique: **El proceso grupal**

0043 Pichon-Rivière, Enrique: **La psiquiatría. Una nueva problemática**

1910 Pichon-Rivière, Enrique: **Psicología de la vida cotidiana**

0655 Pichon-Rivière, Enrique: **Teoría del vínculo**

2887 Videla, M., A. Grieco: **Parir y nacer en el hospital**